11

LES ESSENTIELS EN IFSI

Collection dirigée par Carole Siebert et Katy Le Neurès

Santé publique Économie de la santé

Unité d'Enseignement 1.2

NOUVEAU PROGRAMME

Comprendre le cours

Agir en situation

S'entraîner

MASSON

Santé publique
Économie
de la santé

Chez le même éditeur

Dans la collection « Les Essentiels en IFSI »

Volume 1 • *Biologie fondamentale*, par C. Desassis et H. Labousset-Piquet.

Volume 2 • *Processus traumatiques*, par K. Le Neurès

Volume 3 • *Raisonnement, démarche clinique et projet de soins*, par K. Le Neurès et C. Siebert

Volume 4 • *Législation – Éthique – Déontologie*, par C. Ponte et A. de Broca

Volume 5 • *Pharmacologie et thérapeutique*, par G. Roberton (à paraître)

Volume 6 • *Soins d'urgence*, par H. Labousset-Piquet, E. Aiguebonne et C. Siebert

Volume 7 • *Infectiologie et hygiène – Soins infirmiers et gestion des risques*, par C. Crouzilles

Volume 8 • *Psychologie – Sociologie – Anthropologie,* par J. Merkling et S. Langenfeld

Volume 9 • *Processus psychopathologiques,* par S. Langenfeld et J. Merkling (à paraître)

Volume 10 • *Étapes de la vie et grandes fonctions*, par P. Debuigny, C. Dumora, C. Goursaud, H. L. Piquet, P. Proteau, D. Sebbane, C. Serandour, C. Siebert

Volume 11 • *Santé publique, économie de la santé*, par B. Burlet, C. Siebert et K. Le Neurès

Volume 12 • *Soins éducatifs et préventifs*, B. Burlet, C. Siebert et K. Le Neurès (à paraître)

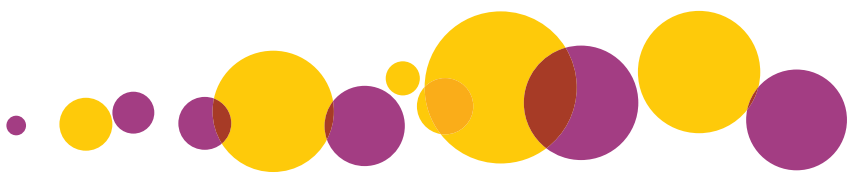
Volume 13 • *Soins de confort et de bien-être*, par K. Le Neurès et C. Siebert

Volume 14 • *Processus inflammatoires et infectieux*, par C. Crouzilles et C. Siebert

Les Essentiels en IFSI

Santé publique Économie de la santé

UE 1.2



Béatrice Burlet
Katy Le Neurès
Carole Siebert

Avec la collaboration de Yves Ponce

ELSEVIER
MASSON

Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél : 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent ouvrage, fait sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue uen contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinés à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées, par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
ISBN : 978-2-294-71201-2

Elsevier Masson SAS – 62, rue Camille Desmoulins – 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex

Avant-propos de la collection
Les Essentiels en IFSI

Les ouvrages de la nouvelle collection Les ESSENTIELS en IFSI ont été conçus et construits conformément au nouveau programme des études menant au Diplôme d'état infirmier défini par l'arrêté du 31 juillet 2009.

L'apprentissage repose sur des **mises en situation de soin au plus près de la réalité professionnelle**. En effet, le nouveau dispositif pédagogique se fonde largement sur ces mises en situation. Il prévoit une progression *en spirale* à partir des connaissances fondamentales et des savoir-faire professionnels acquis (UE 1 à 4, voir ci-dessous), lesquels sont ensuite mobilisés en situation à l'occasion des stages, explorés et interrogés lors des Unités d'intégration (UE 5), puis réutilisés dans d'autres situations de soins, ou remis en perspective dans la suite du cursus.

Les ESSENTIELS en IFSI couvrent, sur près de 20 volumes, toutes **les Unités d'enseignement (UE)** réparties sur les six semestres de formation et sur les 4 domaines constitués par :

- les Sciences humaines, sociales et droit ;
- les Sciences biologiques et médicales ;
- les Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes ;
- et les Sciences et techniques infirmières, interventions.

Ils répondent en outre parfaitement à l'articulation de la formation en **trois paliers d'apprentissage : Comprendre, Agir, Transférer**.

Chaque chapitre est articulé en trois volets.

Le volet **COMPRENDRE** permet **d'acquérir les savoirs essentiels sous une forme claire et concise**. Il regroupe :

- **les savoirs fondamentaux** couvrant point par point les thèmes prévus au programme des Unités d'enseignement, agrémentés d'exemples concrets ;
- **les savoir-faire et savoir-être professionnels** associés.

Le volet **AGIR** propose de **mobiliser ces savoirs et savoir-faire pour agir et prendre en charge en situation.** L'analyse des situations proposées, le questionnement suscité et la guidance dans le cheminement permettent l'émergence et le développement des **compétences infirmières**.

Ces situations professionnelles sont déroulées en quatre étapes, clairement exposées en **quatre tableaux** très didactiques, qui rendent compte de la progression du raisonnement clinique infirmier :

1 L'étudiant recherche les informations utiles pour comprendre et évaluer la situation. Cette première étape consiste ainsi à identifier les éléments significatifs, c'est-à-dire les données, sélectionnées dans l'énoncé, qui sont pertinentes et utiles à la compréhension et à la prise en charge.

2 L'étudiant analyse ces données et procède alors à l'évaluation de ces éléments. Pour y parvenir, il mobilise des savoirs fondamentaux tels que des connaissances en physiopathologie, en législation, en psychologie... Pour cette étape, chacun de ces savoirs est identifié et permet de vérifier ses acquis et d'apprécier la **mise en lien de ces savoirs et savoir-faire, essentielle au métier infirmier**.

3 L'étudiant met en œuvre les actions appropriées, mobilisant des savoir-faire professionnels tels que l'approche relationnelle ou les techniques de soins. Pour cette étape, chacun de ces savoir-faire est également identifié.

4 L'étudiant ayant réalisé les actions nécessaires, analyse les résultats obtenus, pour adapter la suite de la prise en charge et assurer une transmission des données. Cette évaluation est également indispensable dans une **démarche d'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles**, désormais impérative.

Le volet S'ENTRAÎNER offre :

- de **tester ses connaissances** au moyen de QCM, questions à réponses ouvertes courtes (QROC) ou de textes à trous et schémas muets ;
- de **transférer ses connaissances à une situation nouvelle**. Cette situation nouvelle permet la transposition des savoirs dans un nouveau contexte. C'est également le moyen de mettre en lien les connaissances acquises dans l'UE avec d'autres savoirs ou de procéder à une recherche complémentaire le cas échéant. Ce volet permet aussi de mettre en application les méthodes de raisonnement clinique et de démarche clinique infirmière.

Les corrigés sont donnés à la suite.

Les ESSENTIELS en IFSI permettront aux étudiants infirmiers de maîtriser l'ensemble des Unités d'enseignement prévues au programme de leur formation et d'acquérir ainsi les ECTS (*European Credit Transfer System*) nécessaires à la qualification du Diplôme d'état infirmier au grade de licence universitaire, et bientôt sa transformation en diplôme de Licence santé....

Katy Le Neurès et Carole Siebert

Table des matières

Avant-propos V

Santé publique

1 Concepts et méthodes en santé publique

Introduction : un éclairage sur les concepts 2
Le concept de santé 2
Les conséquences sur les pratiques 4
La promotion de la santé 5
La charte d'Ottawa 5
Les soins de santé primaire 6
Les actions de promotion de la santé 7
L'hôpital promoteur de santé 9
Les déterminants de santé 10
La biologie humaine 10
L'environnement 11
Les comportements, le style de vie 11
L'organisation des services de santé 12
L'illustration graphique des déterminants de la santé 13
La santé publique 14
L'approche historique 14
Les définitions 15
La prévention 17
Les définitions 17
L'éducation à la santé 22
Le programme d'éducation pour la santé 23
La démarche de santé publique 24
La méthodologie pour construire un projet de santé 25
Exemple d'une action de santé publique en milieu scolaire 32
La santé communautaire 34
Le concept 34
La définition 34
La participation 35
L'empowerment 35

La méthodologie de la démarche de santé communautaire 36
S'ENTRAÎNER 40

2 Démographie et épidémiologie
La démographie 47
Les définitions 47
Les méthodes 47
Les indicateurs démographiques 48
La politique démographique 54
L'évolution de la population dans le monde 55
L'évolution de la population en France 55
L'épidémiologie 56
Les définitions 56
Les méthodes 57
Les indicateurs de l'état de santé d'une population 60
Les domaines de l'épidémiologie 62
La démarche 63
Les types d'enquête 64
Les résultats des études épidémiologiques 67
Les questions éthiques liées à l'utilisation de l'épidémiologie 68
La présentation des résultats 68
La surveillance épidémiologique 70
La surveillance de santé publique 70
L'organisation de la surveillance 72
Les méthodes de surveillance 75
La surveillance des maladies infectieuses : une illustration du processus à partir de la surveillance de la grippe 77
S'ENTRAÎNER 79

3 Organisation de la prévention
Introduction 83
L'organisation de la prévention 83
La politique et les programmes de prévention 83
Les professionnels de la prévention 83
La pluridisciplinarité 84
Les professionnels de santé 85
Les métiers dédiés à la prévention 85
Les structures de la prévention 86
Les associations 86
Les mutuelles et les assurances 87
Les centres de planification ou d'éducation familiale 88
Les services de santé au travail 88
L'Éducation nationale 89

Les hôpitaux ... 91
La Protection maternelle et infantile (PMI) ... 93
Les Centres d'information et de dépistage anonyme et gratuit (Cidag) et les Centres d'information, de dépistage, de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) ... 93
L'Atelier santé ville (ASV) ... 93
Les centres de santé ... 94
Les Centres communaux d'action sociale et les Services municipaux d'hygiène et de santé ... 94
L'Assurance Maladie ... 94
Le ministère de la Justice ... 95
Les axes de la prévention ... 96
La politique vaccinale ... 96
La médecine prédictive et le dépistage ... 99
L'éducation à la santé ... 104
Les moyens ... 104
Les objectifs ... 104
Les structures principales d'éducation à la santé ... 105
SITUATION PROFESSIONNELLE ... 107
S'ENTRAÎNER ... 112

4 Organisation du système de santé
La gouvernance du système de santé ... 123
Les définitions ... 123
La politique de santé publique ... 125
Les lois hospitalières ... 125
Le plan de santé publique ... 126
Le programme de santé publique ... 129
Les acteurs institutionnels ... 132
Les administrations sanitaires ... 132
Les dispositifs de santé publique ... 138
La veille sanitaire et la sécurité sanitaire ... 138
La recherche ... 138
Les organes consultatifs ... 139
La démocratie sanitaire ... 139
La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ... 139
Les associations d'usagers et de patients ... 140
S'ENTRAÎNER ... 142

5 Offre de soins
L'offre de soins ... 146
Les établissements de santé ... 146
Les établissements publics de santé ... 147

Les établissements de santé privés 150
Les établissements médicaux-sociaux 152
Les types de structures 152
La médecine de ville 152
Les médecins libéraux 152
Les maisons de santé 153
Les infirmiers libéraux 153
La santé mentale 154
L'état des lieux de la santé mentale 154
La politique de santé mentale 155
La permanence des soins 158
Les réseaux de santé 159
Les professions de santé 162
La réglementation 162
Les ordres professionnels 162
Les métiers à l'hôpital 163
La coopération entre professionnels de santé 164
S'ENTRAÎNER 166

6 La santé dans le monde
Les problèmes de santé dans le monde 169
L'Europe de la santé 170
La politique de santé 170
L'état de santé de la population en Europe 170
Les organisations internationales et l'OMS 171
Les organisations internationales 172
Les chartes 173
Les organisations non gouvernementales 174
Présentation des Organisations non gouvernementales (ONG) 175
Les infirmières et les ONG 176
L'action humanitaire 176
Les principes et méthodes d'une action humanitaire : le diagnostic de santé 177
Les particularités de l'approche en action humanitaire 177
Les domaines à prendre en compte 177
Les étapes 178
Les particularités du diagnostic d'une action de santé humanitaire 179
SITUATION PROFESSIONNELLE 180
S'ENTRAÎNER 190

Économie de la santé

7 Économie de la santé

Introduction 194
Les notions d'économie et l'approche de l'économie de la santé 195
L'économie 195
Le Produit intérieur brut (PIB) 200
L'économie de la santé 202
Les généralités et les définitions 202
Les facteurs favorisant la croissance des dépenses de santé 203
Le budget de la santé, la loi de finances, les dépenses nationales 204
Le système de protection sociale français 209
Les caractéristiques du système de protection sociale français 209
La Sécurité sociale 211
Les branches de la Sécurité sociale 215
Les mutuelles et l'assurance volontaire 222
La prise en charge et le remboursement 223
Le financement des établissements de santé 225
Les autres systèmes de santé 227
S'ENTRAÎNER 229

Bibliographie 233

This page intentionally left blank

Santé publique

1 Concepts et méthodes en santé publique

COMPRENDRE

INTRODUCTION : UN ÉCLAIRAGE SUR LES CONCEPTS

Dans le domaine de la santé publique, la réflexion sur les concepts est un champ de recherche récent et en pleine évolution : que de chemin parcouru depuis les écrits de Florence Nightingale sur la santé au XIXe siècle et du célèbre « état de bien-être bio-psychosocial » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Derrière les mots santé publique, prévention, éducation pour la santé, promotion de la santé, les représentations sont diverses selon les champs théoriques auxquels on se réfère, selon la formation que l'on a reçue ou selon les valeurs que l'on porte. Il n'existe pas dans ce domaine de définition absolue, les propositions faites ici sont les plus communément partagées par les professionnels, elles ressortent d'un certain nombre de travaux de référence cités en bibliographie.

LE CONCEPT DE SANTÉ

Comprendre la santé publique, c'est d'abord faire un détour par les multiples facettes du concept de santé. Celui-ci est intimement lié à la vision de la société : les valeurs et courants de pensée dominants, le développement économique et technologique, les rapports de forces sociales, politiques et religieuses.

Ainsi, au XIXe siècle, la santé était considérée uniquement comme l'absence de maladie, limitée à l'aspect physique, les priorités de cette époque étant la lutte contre les épidémies dévastatrices. Puis, au début du siècle dernier, l'idée que la santé constitue une ressource commence à s'imposer. La santé est un potentiel, l'hygiène de vie permet de l'entretenir. Cette approche va se transformer et en 1946, l'OMS énonce : ***La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité***. L'OMS élargit le concept de santé en prenant en compte l'environnement de la personne et apporte une définition holistique de l'être humain. C'est l'émergence du concept de santé globale. Cette vision de la santé place l'être humain comme vivant en société, avec ses composantes physique, psychique et sociale, tenant compte des implications que peuvent avoir sur sa santé, son histoire personnelle et les différentes dimensions sociale, psychologique, géoéconomique, juridique et culturelle de ses conditions et de son mode de vie. Ainsi, sont mis en évidence les différents facteurs influençant la santé : les facteurs sanitaires, politiques, géographiques, démographiques, socioéconomiques et psychoculturels.

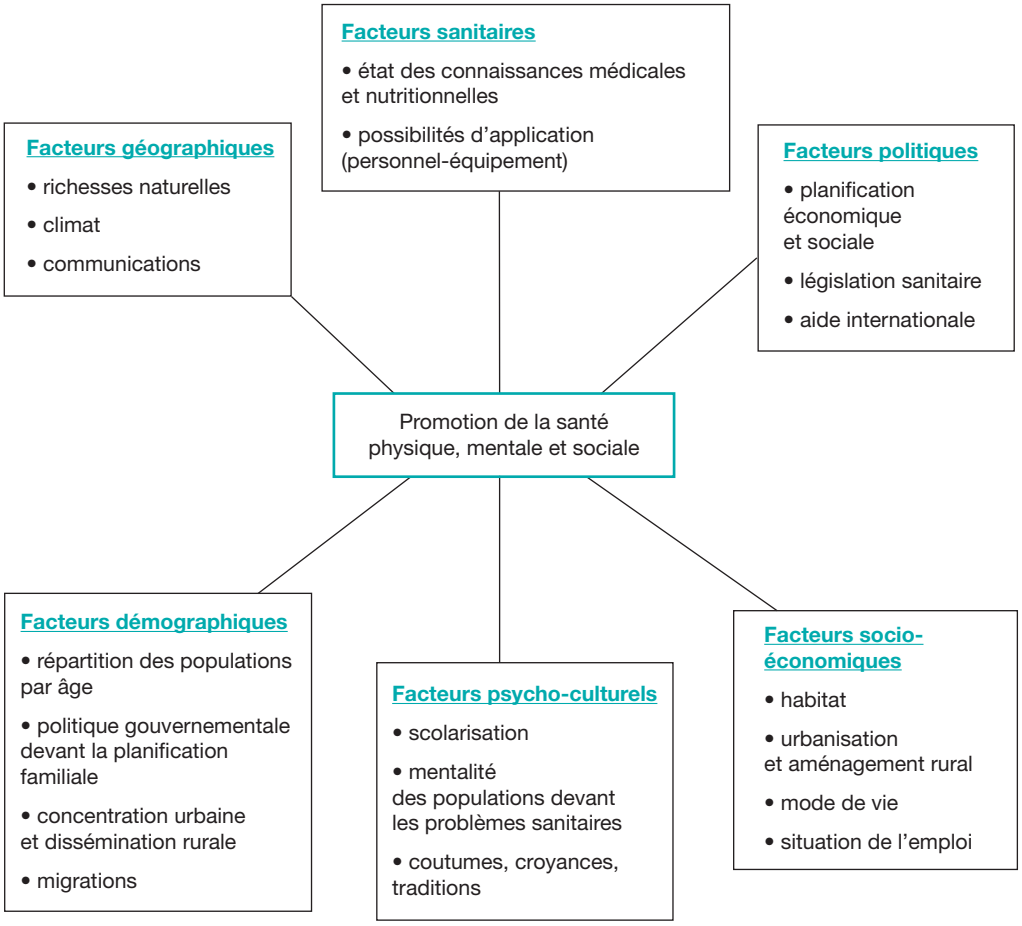


Tableau 1.I. Facteurs influençant la santé

Depuis les années 1990, l'émergence de disciplines telles que la psychologie de la santé et l'économie de la santé tend à intégrer dans la définition de la santé des éléments comme le bien-être, le bonheur, la qualité de vie, la satisfaction de la vie. Ainsi, des enquêtes issues du courant de pensée positive à l'anglo-saxonne ont établi une « carte mondiale du bonheur ». Selon ces travaux, le niveau de bonheur est étroitement corrélé à la santé (voir page suivante).

Pour prendre en compte de façon plus explicite les composantes de la santé, les professionnels de la santé publique distinguent trois modes de perception : la santé diagnostiquée, manifestée et vécue.

■ La santé « diagnostiquée » est représentée par le point de vue des experts qui évoquent la santé « objective » ou encore la santé « mesurée ».

■ La santé « manifestée » ou « observée » présente une perception dans laquelle un problème est « manifesté » par le public final ou « observé » par des relais, mais n'est pas nécessairement « vécu » comme altérant la qualité de la vie. Il s'agit donc de la santé telle que manifestée au travers des modes de vie, des comportements, de la santé intégrée dans une appréhension globale de l'individu.

■ La santé « vécue » ou « ressentie » correspond au point de vue du public final sur sa qualité de vie, concept qui élargit la notion de santé[1].

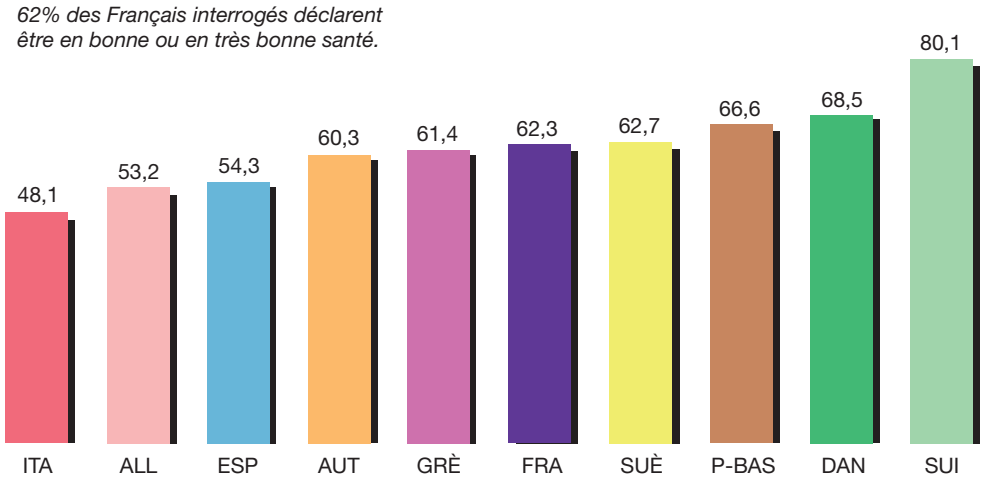


Figure 1.1. Niveau de bonheur en Europe

Les conséquences sur les pratiques

À la lumière de cette évolution du concept, trois modèles de santé influencent notre approche de la santé, le modèle biomédical, le modèle de comportements sains et le modèle socio-environnemental.

■ Le modèle biomédical définit la santé par l'absence de maladies ou de désordres physiques.

■ Le modèle de comportements sains définit la santé comme étant la résultante de l'hygiène de vie.

■ Le modèle socio-environnemental définit la santé d'après les déterminants sociaux, économiques et environnementaux.

L'approche de chacun des trois modèles influence la façon de définir la santé ainsi que le choix des stratégies utilisées pour répondre aux questions de santé.

Exemple

Selon les professionnels de la santé à qui l'on pose la question suivante : quelles sont d'après vous les causes des lombalgies ?, les réponses obtenues ne sont pas nécessairement les mêmes.

• Un rhumatologue pourrait dire : les causes de la lombalgie sont la hernie discale, l'arthrose.

• Une infirmière pourrait répondre : les lombalgies sont causées par la surcharge pondérale, les mauvaises positions, le manque d'exercice physique, la charge mentale, une literie de mauvaise qualité.

...

1 Goudet (2004).

...
Un travailleur social ou un épidémiologiste pourrait aboutir à la formulation suivante : les causes principales de la lombalgie sont le stress, les mauvaises conditions de travail et d'habitat et l'absence de formation.

Selon le modèle de référence, la cause et la stratégie de prise en charge seront donc différentes.

Modèle biomédical

- Causes du problème : dégénérescence du disque intervertébral.
- Stratégies principales : anti-inflammatoire ; port de ceinture lombaire ; éventuellement chirurgie ; séance de kinésithérapie.

Modèle comportements sains

- Causes du problème : mode de vie.
- Stratégies principales : école du dos ; ostéopathe ; régime alimentaire ; cure thermale ; réentrainement au sport.

Modèle socio-environnemental

- Causes du problème : milieu de vie et conditions de travail.
- Stratégies principales : ergonomie ; changement d'emploi ; lutte syndicale pour améliorer les conditions de travail ; aide à la gestion du stress ; lutte contre l'habitat insalubre.

LA PROMOTION DE LA SANTÉ

La charte d'Ottawa

Le concept de promotion de la santé est apparu au cours des dernières décennies comme une nouvelle façon de considérer la santé et le bien-être.

Initié par l'OMS en 1986, la charte d'Ottawa définit la promotion de la santé comme *un processus global qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et la santé des personnes*.

Pour illustrer la promotion de la santé et les cinq axes d'intervention fixés par la charte d'Ottawa, prenons l'exemple de la lutte contre le tabagisme et examinons les moyens qu'elle déploie.

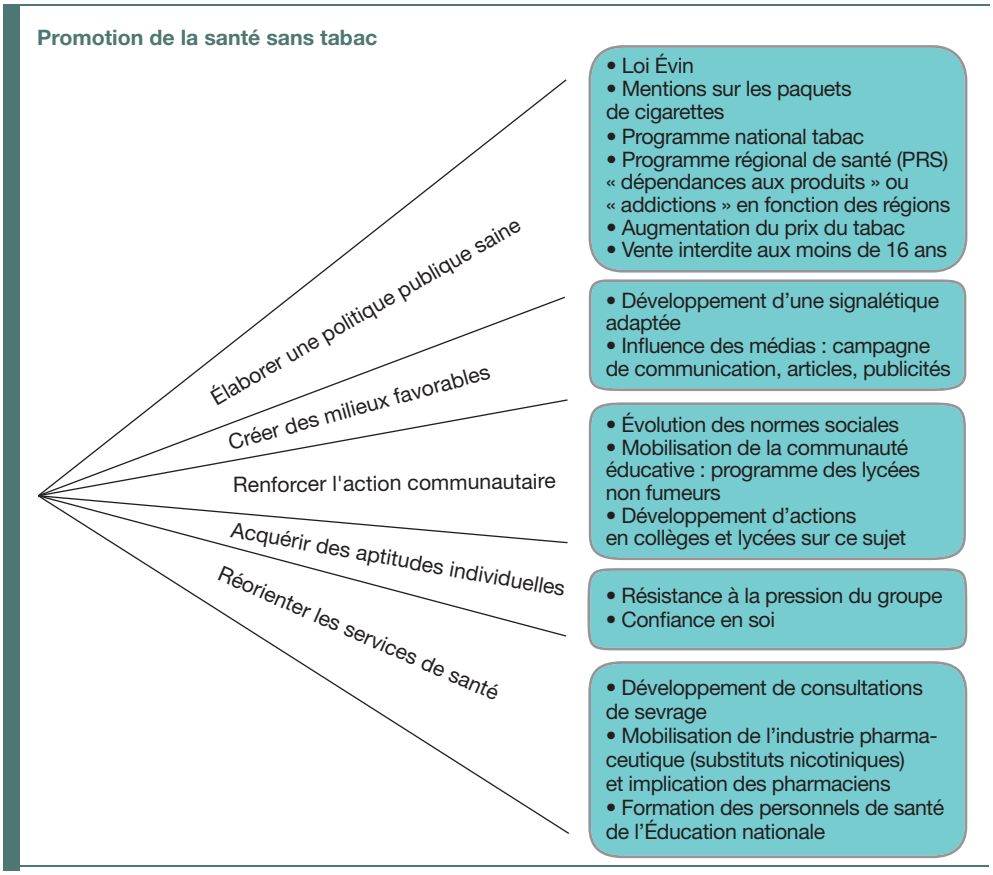

Promotion de la santé sans tabac
Élaborer une politique publique saine
Créer des milieux favorables
Renforcer l'action communautaire
Acquérir des aptitudes individuelles
Réorienter les services de santé
• Loi Évin
• Mentions sur les paquets de cigarettes
• Programme national tabac
• Programme régional de santé (PRS) « dépendances aux produits » ou « addictions » en fonction des régions
• Augmentation du prix du tabac
• Vente interdite aux moins de 16 ans
• Développement d'une signalétique adaptée
• Influence des médias : campagne de communication, articles, publicités
• Évolution des normes sociales
• Mobilisation de la communauté éducative : programme des lycées non fumeurs
• Développement d'actions en collèges et lycées sur ce sujet
• Résistance à la pression du groupe
• Confiance en soi
• Développement de consultations de sevrage
• Mobilisation de l'industrie pharmaceutique (substituts nicotiniques) et implication des pharmaciens
• Formation des personnels de santé de l'Éducation nationale

Figure 1.2. Éducation à la santé en milieu scolaire. Promotion de la santé sans tabac. Source : INPES

Les soins de santé primaire

La conférence d'Alma-Ata

Lors de la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire en septembre 1978, l'OMS fait une déclaration pour la promotion des soins de santé primaire et l'accès de tous à un niveau de santé acceptable.

Les soins de santé primaire (SSP) sont : « *des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables. Ils sont rendus universellement accessibles aux individus et aux familles par leur pleine participation et par un coût que la communauté et le pays peuvent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, ainsi que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de soins avec lesquels les individus, la famille et la communauté entrent en contact par l'intermédiaire du système national de santé. Les SSP rapprochent le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et constituent le premier élément d'un processus continu de protection sanitaire.* »

La composition des SSP

Ils comprennent au minimum :

- une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables ;
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;
- un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base ;
- la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale ;
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses ;
- la prévention et le contrôle des endémies locales ;
- le traitement des maladies et lésions courantes ;
- la fourniture de médicaments essentiels.

Les principes des SSP

La promotion de la santé s'appuie sur une conception positive et globale de la santé, elle utilise des méthodes d'intervention fondées sur la participation des personnes et des groupes, sur l'implication des communautés, et sur la mobilisation des ressources présentes dans chaque territoire. La participation comme terme et concept provient d'autres domaines que la santé (sociologie, éducation populaire) mais est devenue un concept clé de la promotion de la santé.

Les SSP s'appuient sur plusieurs principes.

- **La participation et l'autoresponsabilité**, il s'agit d'un concept actuel de démocratie sanitaire où la participation de l'usager est encouragée et accompagnée. Cela renvoie aussi à la conscientisation des personnes sur ce qui les concerne, donc à l'éducation.
- **La proximité** correspond à la possibilité de disposer d'un établissement proche. Par exemple, accoucher dans une maternité située près de chez soi, pouvoir consulter un généraliste dans sa ville, etc. La proximité s'entend dans sa dimension géographique.
- **L'accessibilité** se conçoit en termes de temps (délai d'attente pour une consultation, par exemple), de facilité pour s'y rendre (transport, horaire adapté), et de communication (capacité à être compris et comprendre ce qui se dit).
- **Le coût** supportable signifie que les soins de santé restent dans des niveaux de prix qui ne mettent pas les personnes en situation d'endettement.
- **La globalité** traduit le fait que les soins prennent en compte la personne et non pas un organe.
- **La continuité** se traduit par un parcours de soin envisagé avec une logique de suivi, une coordination de réseau.
- **La pluridisciplinarité** représente l'approche multiple, sociale, économique, sanitaire...

Les actions de promotion de la santé

La déclaration de Sundsvall

En 1991, la déclaration de Sundsvall met en avant l'importance des environnements favorables à la santé. Les conditions de vie sont le résultat de circonstances sociales et économiques

et de l'environnement physique qui peuvent tous avoir des effets sur la santé, mais, dans une large mesure, qui ne peuvent être influencés de façon immédiate par l'individu.

Pour cela, la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables.

■ **Les conditions indispensables à la santé**

Quelques conditions préalables sont identifiées comme indispensables à toute amélioration de la santé :

– se loger ;

– accéder à l'éducation ;

– se nourrir convenablement ;

– disposer d'un certain revenu ;

– bénéficier d'un écosystème stable ;

– compter sur un apport durable de ressources ;

– avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

L'action visant à créer des milieux favorables à la santé comporte de nombreuses dimensions : politique, économique et sociale et porte en grande partie sur la nécessité d'améliorer et de changer les conditions de vie pour favoriser la santé.

La déclaration de Jakarta

En 1997, lors de la déclaration de Jakarta, l'OMS déclare cinq priorités pour la promotion de la santé au XXIe siècle. Il s'agit de :

- promouvoir la responsabilité sociale en faveur de la santé ;
- accroître les investissements pour développer la santé ;
- renforcer et élargir les partenariats pour la santé ;
- accroître les capacités de la communauté et donner à l'individu les moyens d'agir ;
- mettre en place une infrastructure pour la promotion de la santé.

Agir en promotion de la santé signifie que les États s'inscrivent dans les axes d'intervention suivants :

- contribuer à construire une politique publique qui vise à inscrire des mesures respectueuses de la santé dans divers secteurs (législation, fiscalité, organisation des services, etc.) ;
- créer des milieux favorables à la santé (environnement, conditions de vie et de travail) ; renforcer l'action collective/communautaire en donnant la possibilité aux différents groupes de participer à la prise de décisions et à l'élaboration des stratégies de planification pour atteindre un meilleur niveau de santé ;
- développer des aptitudes individuelles en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les compétences psychosociales pour donner aux personnes les moyens de faire des choix favorables à leur propre santé ;
- réorienter les services de santé pour qu'ils ne délivrent pas seulement des soins médicaux, mais qu'ils facilitent et prennent en compte l'expression des personnes et des groupes, qu'ils participent à l'éducation pour la santé et qu'ils travaillent en partenariat.

Point clé à retenir

Bien que la majorité des déterminants ne relève pas du système de santé, la promotion de la santé insiste sur leur importance dans la persistance des inégalités de santé. Cela conduit à reconnaître l'influence prépondérante des déterminants sociaux sur l'état de santé des populations. Promouvoir la santé consiste à agir sur les comportements de santé à travers l'éducation, dans les différents lieux de vie des personnes et à tous les âges de la vie.

L'hôpital promoteur de santé

L'hôpital, domaine des soins curatifs par excellence, est aussi un acteur de promotion de la santé car il reçoit en son sein un nombre important de personnes, malades ou non, professionnels et visiteurs. Un hôpital promoteur de santé développe des démarches visant à permettre aux individus qui le fréquentent d'améliorer la prise en charge de leur santé.

Un réseau international (*Heath Promotion Hospitals*-HPH), initié en 1992 par l'OMS, vise à encourager le développement de la promotion de la santé à l'hôpital.

Avoir une démarche de promotion de la santé à l'hôpital implique de travailler dans une logique de santé axée sur la qualité de vie des patients par-delà la lutte contre les maladies. Cette démarche induit d'instaurer un partenariat avec d'autres acteurs de santé pour assurer la continuité des soins. Il s'agit également de mettre en œuvre des actions d'éducation pour la santé auprès des personnes qui fréquentent l'hôpital ou vivent à proximité. C'est aussi la possibilité de faire de l'hôpital un lieu où les conditions de vie et de travail exercent une influence favorable sur la santé de chacun, de faciliter la participation effective et concrète des patients et du personnel aux décisions qui concernent leur santé et de participer à l'amélioration du système de santé en général.

Exemple de démarche en faveur de la promotion de la santé à l'hôpital : la campagne mains propres.

Figure 1. 3. Slogan de la campagne « Mains propres 2010 »

LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Ce sont les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations[2].

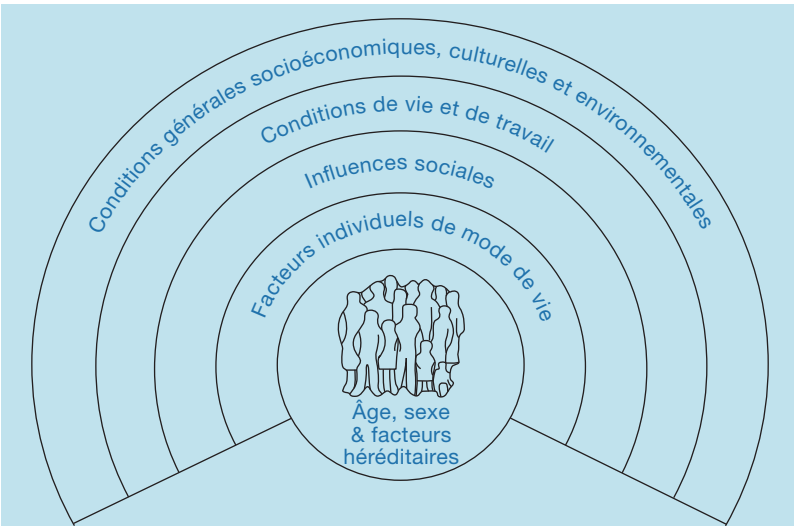

Conditions générales socioéconomiques, culturelles et environnementales
Conditions de vie et de travail
Influences sociales
Facteurs individuels de mode de vie
Âge, sexe & facteurs héréditaires

Figure 1.4. Modèle des déterminants de la santé
D'après Dahlgren et Whitehead (1991).

Les déterminants sociaux de la santé désignent l'environnement social (au sens large), le contexte dans lequel les personnes vivent et travaillent. Ils conditionnent la façon dont une personne dispose des ressources physiques, sociales, économiques et personnelles pour satisfaire ses besoins, ses aspirations et s'adapter à son environnement.

Tous ces facteurs sont interdépendants. Selon la classification de Lalonde[3], on peut répartir les déterminants de santé d'un individu en quatre grands groupes : la biologie humaine, l'environnement, les comportements et l'organisation des services de santé.

La connaissance des déterminants de la santé et de leur complexité est nécessaire pour mettre en place des interventions, afin de savoir sur quel déterminant agir, dans quel type de population, et à quel moment de la vie, pour une action la plus efficace possible. Cette connaissance permet de prendre en compte l'individu dans son cadre de vie, en agissant sur les facteurs proximaux et distaux de la chaîne de causalité. Ceci est l'une des conditions pour rendre disponible à chacun une certaine quantité et qualité de ressources qui permettent de se maintenir en bonne santé.

La biologie humaine

Il s'agit des composantes propres à chaque individu qui les distingue les uns des autres : l'hérédité et la génétique, les facteurs physiologiques, les facteurs liés à la maturation et au vieillissement.

2 *Glossaire de la promotion de la santé*, OMS, Genève, 1999.
3 *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document.* Lalonde M, Ottawa, Government of Canada, 1981.

L'environnement

Ce déterminant se distingue en deux sous-catégories : l'environnement physique et socioéconomique.

L'environnement physique, géographique, politique

Cet environnement est un déterminant majeur de la santé. En effet, selon le climat, l'urbanisation, l'agriculture, les infrastructures, les accès à l'eau, à l'alimentation les influences sur la santé seront variables.

- Par exemple, dans les pays en développement, 43 % de la population urbaine vit dans des bidonvilles, sans eau courante.
- Pour la population des pays développés, les principaux problèmes sont la pollution environnementale (air, eau, sol), les transports, la qualité du logement. Les maladies respiratoires sont plus élevées à proximité des voies de circulation automobile intense à cause de la pollution.

L'environnement social, économique

L'expression « environnement social » est utilisée pour désigner à la fois les multiples réseaux sociaux et institutionnels qui nous entourent et les normes sociales et légales qui façonnent la culture d'une société. L'environnement social a donc plusieurs aspects. Un environnement comprenant de multiples réseaux sociaux engendre une plus grande cohésion sociale.

Par exemple, les associations professionnelles, les partis politiques, les organisations bénévoles de toute nature (culturelles, sportives, humanitaires, etc.) et les réseaux familiers d'entraide entre voisins en forment un aspect important.

Les comportements, le style de vie

Il s'agit de la profession, des loisirs, des modes de consommation, de toutes les habitudes de vie qui sont en fait largement influencées par les milieux socioéconomiques dans lesquels les gens vivent, travaillent, apprennent et se divertissent.

Par exemple, les supermarchés des quartiers défavorisés sont généralement moins bien garnis en fruits et légumes, et ceux-ci y sont plus chers que dans les quartiers aisés. L'accès aux installations culturelles et sportives est aussi plus limité dans ces quartiers.

L'obésité infantile, par exemple, est la plus grande menace sur la santé en France, et elle est cinq fois plus répandue chez les enfants de manœuvres que chez les enfants de cadres supérieurs.

Le comportement en matière de santé recouvre toute activité entreprise par une personne, quel que soit son état de santé objectif ou subjectif, en vue de promouvoir, de protéger ou de maintenir la santé, que ce comportement soit ou non objectivement efficace dans la perspective de ce but.

Il est le résultat de processus de transmission et d'apprentissage conscients et inconscients, dont la multiplicité des racines touche à des affects. Un comportement a deux composantes, individuelles et collectives, même si quelquefois l'une et l'autre se contredisent. Certains comportements sont favorables à la santé (par exemple, prendre les escaliers plutôt que l'escalator), d'autres nuisent à la santé (par exemple, fumer), sans que les conséquences négatives puissent être effectives immédiatement ou obligatoirement.

La modification consciente d'un comportement[4] est souvent difficile. Combien ont peiné à suivre un régime alimentaire ! De plus, un nouveau comportement peut être appris et intégré positivement s'il n'entre pas socialement en contradiction avec des valeurs personnelles essentielles.

L'éducation vise à rendre la personne actrice de sa propre santé, l'incite à faire des choix et non à lui imposer des comportements dans la norme. Ainsi, les comportements de santé résultent d'une intrication entre :

- les connaissances : la dimension du **savoir** ;
- les représentations et valeurs : la dimension du **savoir-être** ;
- les aptitudes et compétences : la dimension du **savoir-faire** ;
- la dimension **environnementale** qui est déterminante.

Une distinction est établie entre les comportements en matière de santé et les comportements à risque. On définit généralement les comportements à risque sur la base de données épidémiologiques ou sociales. La modification des comportements à risque représente un but important de la prévention de la maladie et traditionnellement on utilise l'éducation pour la santé à cette fin.

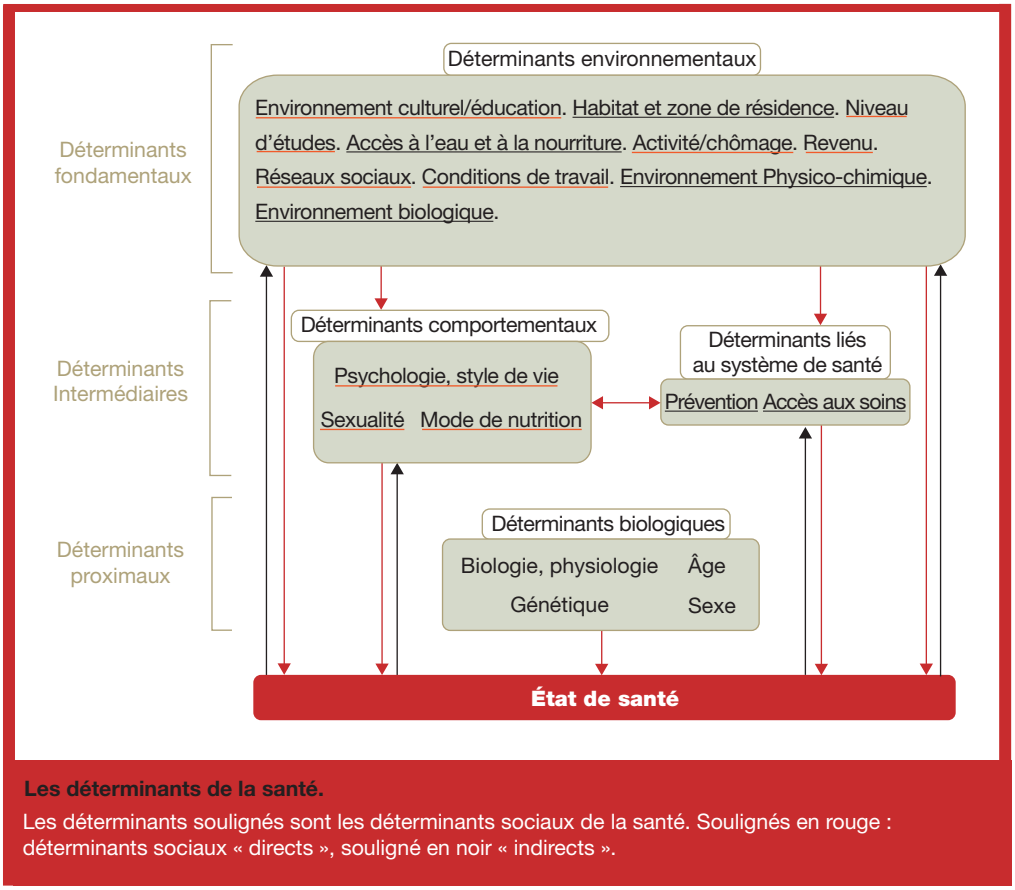
Dans le cadre plus large de la promotion de la santé, on peut considérer que le comportement à risque est une réaction à de mauvaises conditions de vie ou à un mécanisme visant à faire face à ces dernières. Les stratégies permettant de contrer cette réaction comprennent la transmission d'aptitudes utiles et la création d'environnements plus favorables à la santé.

L'organisation des services de santé

L'accès aux soins (que ce soit en termes de quantité, de proximité ou de coût), le développement de la prévention et de la réadaptation, la réhabilitation, la qualité des soins curatifs sont autant de conditions qui déterminent un état de santé.

4 Source : *Glossaire en éducation pour la santé*. Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Bourgogne, 2005.

L'illustration graphique des déterminants de la santé


Déterminants environnementaux
Environnement culturel/éducation. Habitat et zone de résidence. Niveau d'études. Accès à l'eau et à la nourriture. Activité/chômage. Revenu. Réseaux sociaux. Conditions de travail. Environnement Physico-chimique. Environnement biologique.
Déterminants fondamentaux
Déterminants comportementaux
Psychologie, style de vie
Sexualité Mode de nutrition
Déterminants liés au système de santé
Prévention Accès aux soins
Déterminants Intermédiaires
Déterminants biologiques
Biologie, physiologie Âge
Génétique Sexe
Déterminants proximaux
État de santé

Les déterminants de la santé.
Les déterminants soulignés sont les déterminants sociaux de la santé. Soulignés en rouge : déterminants sociaux « directs », souligné en noir « indirects ».

Figure 1.5. Déterminants de la santé. Source : IRESP, 2009

Parmi les déterminants de la santé décrits sur le schéma ci-dessus, tous sauf les déterminants biologiques sont des déterminants sociaux. Parmi ces derniers, on distingue ceux qui sont directement liés à la condition sociale, comme le fait d'être chômeur, et ceux qui y sont indirectement liés, comme l'environnement physique et chimique.

L'état de santé et la situation sociale agissent l'un sur l'autre de façon complexe. Un état de santé précaire pendant l'enfance peut gêner le déroulement des études et entraver le niveau de réussite socioprofessionnelle. Inversement, un environnement socioéconomique difficile peut être la source d'une dégradation de l'état de santé, voire d'un handicap, qui favorise la perte d'emploi. Ces processus peuvent se succéder au cours de la vie de façon circulaire.

Points clés à retenir

▶ La santé est une notion complexe dont la définition est liée à la vision de la société et est influencée par différents déterminants de santé. Pour prendre en compte l'ensemble des déterminants qui concourent à définir la santé, on parle de « santé globale » plutôt que de santé.

▶ Introduit par la charte d'Ottawa, le concept de promotion de la santé est défini comme *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci*. Il s'agit à la fois d'un cadre de référence, d'une stratégie d'action collective et d'une démarche professionnelle. Plusieurs dimensions vont favoriser ou freiner les changements de comportements en matière de santé, leur prise en compte est indispensable dans toute démarche de promotion de la santé.

LA SANTÉ PUBLIQUE

L'approche historique

C'est à la fin du XIXe siècle que la notion de santé publique émerge et se concrétise par le premier texte fondateur, la loi relative à la santé publique de 1902. Elle rend obligatoires la vaccination antivariolique, la promulgation d'un règlement sanitaire par les communes et l'établissement d'une liste de maladies transmissibles à déclaration obligatoire. Contrairement aux pays anglo-saxons, la France a mis tardivement en place une politique de santé publique car l'importance donnée à la liberté individuelle a longtemps freiné l'intrusion de l'État dans la sphère privée. Il faut attendre des grands fléaux comme la grippe espagnole de 1920 pour que l'État intervienne par la création cette même année du premier ministère de la Santé.

À l'époque, les techniques médicales ne permettent pas encore de lutter suffisamment contre les maladies. La médecine se réfère donc à l'adage de la tradition ancienne « mieux vaut prévenir que guérir », et donne une place centrale à la prévention. Les techniques de lutte restent axées sur les conditions de travail et les comportements. La société a conscience du lien entre la situation sociale et l'état de santé de la population.

La prévention tente de modifier les comportements individuels par une approche moralisatrice. Trois fléaux sociaux de l'époque sont associés : alcool, tuberculose et maladies vénériennes. Les discours de prévention sont culpabilisants et stigmatisants, on prête aux tuberculeux un penchant pour l'alcool et une prédisposition aux vices. Le dispositif des dispensaires et des sanatoriums est mis en place. C'est le début d'une approche collective des problèmes de santé.

Cette approche hygiéniste et préventive est peu à peu remplacée par le développement des sciences, l'essor de la médecine curative et la création de la Sécurité sociale. C'est une période d'organisation du système de santé avec l'hôpital et la médecine libérale comme pivots. Entre 1945 et 1990, on passe de 300 000 à 600 000 lits. L'État intervient peu dans la régulation du système. La puissance du pouvoir médical et l'efficacité accrue de la médecine font passer la prévention au second plan. À la fin du XXe siècle, l'approche curative montre ses limites. Le financement du système d'Assurance Maladie se place au centre des préoccupations institutionnelles, d'autres pathologies émergent ou ré-émergent.

L'émergence du Sida dans les années 1980 constitue un tournant. Les associations de patients apparaissent et s'emparent de la gestion de cette nouvelle maladie transmissible qui les concerne. C'est le début de l'affirmation du droit des personnes qui prend forme avec la loi de 1988 sur les essais cliniques, puis avec celle du 4 mars 2002 sur le droit des personnes malades et l'apparition du terme de « démocratie sanitaire ».

Les objectifs de la prévention sont introduits en droit sanitaire français avec la loi de 2002 : *La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accidents. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de se protéger et d'améliorer sa propre santé*.

Suivent les affaires du sang contaminé, de la « vache folle », la persistance des infections nosocomiales, la canicule, la grippe H1N1. Autant de crises sanitaires qui poussent l'État à développer une politique de prévention et d'éducation à la santé. La fin des années 1990 voit se moderniser le système de veille sanitaire avec la création de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps).

En 1998, c'est l'Institut national de veille sanitaire (INVS) et le Fonds national de prévention d'éducation et d'information en santé (FNPEIS) qui sont fondés. En 2002, la mise en place de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes) redonne ses lettres de noblesse à la prévention.

Actuellement, la santé publique devient de plus en plus un sujet politique car elle mobilise des intérêts économiques importants[5]. De plus, elle touche à la gestion de la population en essayant de normaliser les comportements.

- C'est ainsi que des lois posent des restrictions : loi Évin interdit de fumer dans les lieux publics, interdiction de consommer de l'alcool au volant, calendrier des vaccinations obligatoires, forte recommandation de manger cinq fruits et légumes, etc.).
- Tentation d'individualiser les protections : risque des assurances sélectives, persistance des inégalités de santé.

Les définitions

On retrouve, à travers les définitions de la santé publique, l'évolution donnée à ce concept sous l'influence des phénomènes sociaux.

En 1923, M. Winslow, professeur de santé publique à Harvard, donnait la définition suivante de la santé publique : « *Alors que, traditionnellement, elle recouvrait essentiellement l'hygiène du milieu et la lutte contre les maladies transmissibles, elle s'est progressivement élargie [...]. On utilise aujourd'hui santé publique au sens large pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins.* »

En 1973, cette définition est enrichie par l'OMS. La santé publique est : « *une science et [un] art de prévenir les maladies, d'améliorer, de prolonger la vie, la santé et la vitalité mentales*

5 3 % du PIB des pays développés est aux mains des industries de la santé et du financement de la santé.

et physiques des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner à l'individu les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de sa santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité. »

En 2009, l'École des hautes études en santé publique définit la santé publique de la manière suivante : « *Le champ d'action de la santé publique couvre tous les efforts sociaux, politiques, organisationnels qui sont destinés à améliorer la santé de groupes ou de populations entières. Ceci inclut toutes les approches organisées, tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie, de réadaptation ou de soins orientés en ce sens.*

Le terme est également employé comme une catégorie organisationnelle : cependant, les services inclus dans cette catégorie varient d'un pays à l'autre.

L'intégration de la rééducation-réadaptation et des soins dans la santé publique n'est pas acceptée par tous.

La santé publique peut être aussi considérée comme une institution sociale, une discipline et une pratique.

L'approche écologique de la santé publique souligne les points communs pouvant exister entre la santé et le développement durable (soutenable).

Elle met en avant les déterminants environnementaux et économiques de la santé et met l'accent sur la façon dont l'investissement économique devrait être guidé pour obtenir les meilleurs résultats en santé pour la population, la plus grande équité en santé et l'utilisation soutenable des ressources. »

Actuellement, la santé publique est une notion politique, sociale et économique. En effet, son intervention porte non seulement sur la santé, mais aussi sur les facteurs de l'environnement physique et social qui concourent à la modifier. Elle se caractérise par une approche multidisciplinaire. Par définition, elle invite à sortir du cloisonnement des pratiques professionnelles tel qu'on le rencontre dans de nombreux secteurs de la santé.

Son action porte sur la durée et ses résultats se mesurent souvent à long terme. Ceci a pour conséquence la difficulté de faire reconnaitre à court terme les bénéfices des programmes et va à l'encontre de la logique de résultats visibles et de rentabilité. Elle a comme préalable la compréhension globale des façons dont les modes et les conditions de vie déterminent l'état de santé. De ce fait, elle dépasse le domaine purement technique pour toucher à des questions de choix de société où les politiques de santé font place à la politique tout court.

Points clés à retenir

La santé publique se présente comme une approche collective des actions de santé. C'est un domaine d'action dont l'objectif est l'amélioration de la santé de la population. Elle est un ensemble de savoirs et de savoir-faire qui se situent à la frontière de l'administration de la santé et des professions de santé.

Ainsi, elle se différencie de la médecine clinique sur certains points :

Médecine clinique	Santé publique
Traite de la maladie	Traite de la santé
S'intéresse à une personne dans le cadre du « colloque singulier »	S'occupe de groupes de personnes, de populations
Cherche à traiter la maladie : approche curative	Cherche à promouvoir la santé et à prévenir l'apparition de la maladie
Utilise des méthodes thérapeutiques	Utilise des méthodes épidémiologiques, législatives, sociologiques
Approche par pathologie	Approche par public-cible, par facteurs de risque

LA PRÉVENTION

Les définitions

La définition de la prévention suit les évolutions sanitaires et sociales. Ainsi, l'apparition de nouvelles pathologies liées au comportement de santé, le développement des infections nosocomiales, les excès thérapeutiques (automédication, abus des antibiotiques), les crises sanitaires (du sang contaminé, de la vache folle, de l'amiante ou de la grippe H1N1) ont concouru à faire évoluer le concept. Les regards posés sur la prévention diffèrent selon que l'on est issu du champ de la santé, de l'éducation ou de la sociologie. On retrouve donc plusieurs approches de ce concept.

La prévention selon l'OMS

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé, la prévention recouvre l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie.

L'OMS a établi une classification en trois parties, selon le stade de la maladie où elle est appliquée :

- la prévention primaire qui vise à diminuer l'incidence des maladies dans une population donnée (ex. : vaccination) ;
- la prévention secondaire qui vise à diminuer la prévalence[6] de la maladie dans une population donnée par des mesures curatives, elle correspond à la thérapeutique ;

6 Prévalence : proportion du nombre de cas d'une maladie observée à un instant donné parmi la population dont sont issus ces cas.

■ la prévention tertiaire qui vise à diminuer la prévalence des handicaps et des séquelles dans une population donnée, par exemple grâce à la rééducation fonctionnelle, elle vise à la diminution des séquelles.

Catégorie	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Définition	Diminuer l'incidence des maladies	Diminuer la prévalence des maladies	Prévenir les récidives et les complications
Exemple	Prévenir le tabagisme à l'école	Détecter les troubles sensoriels	Intégrer les handicapés en entreprise

Tableau 1.II. La prévention selon l'OMS

Les autres visions de la prévention

La conception de la prévention selon l'OMS se limite à un regard biomédical : la prévention est liée à la présence d'une maladie ou d'un problème de santé. Cette approche traditionnelle, qui reste une référence, tend à évoluer et plusieurs courants théoriques proposent une autre vision qui se rapproche du concept de santé globale.

■ L'approche centrée sur les déterminants de santé

Il s'agit d'une prévention orientée sur tous les déterminants de santé par une action multidisciplinaire. Selon le glossaire européen, la prévention est définie ainsi : *Actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé.*

Cadre de la prévention : l'action tient compte de la multiplicité des déterminants de la santé.

Beaucoup d'actions sur la prévention de l'obésité échouent parce que l'on ne prend en compte que le corps biologique ; on ne prend pas en compte le corps que l'on voudrait avoir, qui est différent du corps que l'on « est ».

Cadre de la prévention : les partenaires mobilisés par l'action sont issus de champs disciplinaires différents pour favoriser la complémentarité des compétences et l'approche globale de la santé.

Dans la mise en place d'un projet sur l'obésité, l'infirmière s'entoure des compétences nécessaires pour aborder toutes les dimensions (psychologue, diététicien, médecin nutritionniste, parents).

■ L'approche centrée sur les comportements de santé

L'augmentation des pathologies liées au comportement de santé constitue les causes essentielles de mortalité dans les pays industrialisés (par exemple, les maladies cardio-vasculaires) et a conduit à une approche centrée sur les comportements de vie et les facteurs de risque.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé introduit pour la première fois dans le droit une définition de la prévention qui reprend cette orientation : *La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident.*

Cadre de la prévention : on s'intéresse aux «bonnes» raisons qui fondent le comportement des personnes.

Dans un projet sur la prévention de la consommation tabagique, le contexte de vie de la personne concernée (ses difficultés psychologiques et sociales) est pris en compte.

Néanmoins, le fait de promouvoir une alimentation saine, une activité physique régulière, de chercher à dissuader les fumeurs ou les buveurs d'alcool porte le germe d'une normalisation sociale et, de plus, le risque de faire endosser à l'individu une responsabilité morale et personnelle plus grande qu'elle n'est en réalité.

Si l'état de bien-être physique, mental et social, qui fonde la définition de la santé adoptée par l'OMS, a valeur universelle, il n'en est pas pour autant devenu un devoir pour chacun : la santé publique pose là un questionnement éthique fondamental.

Exemple : la lutte antialcoolique

Longtemps, la perception de la société à l'égard de l'alcoolisme a oscillé entre réprobation morale et respect de la sphère de la vie privée. Encore considéré comme une non-pathologie dans les années 1950, l'alcoolisme ne devient un problème de santé publique qu'à partir des années 1970, lorsque le problème dépasse le cadre individuel par ses répercussions sur la communauté.

- L'état légifère avec le renforcement des mesures de sécurité routière et la pénalisation de l'alcoolémie au volant.
- L'alcoolisme est alors considéré comme une maladie, le buveur n'est plus un déviant mais un malade qui nécessite des soins.
- Actuellement, on classe ce comportement à risque parmi les troubles addictifs.

L'approche centrée sur le risque social et individuel

En parallèle à la montée des inégalités sociales de santé et à l'émergence de la participation des usagers, des courants de pensée plus récents intègrent à la démarche de prévention la notion de facteurs de risque social et individuel. Cette démarche de prévention distingue les facteurs de risque et les facteurs de protection. Elle relève d'une démarche d'analyse du risque basée sur sa gravité, l'interaction avec d'autres risques et la perception de ce risque par les individus ou groupes de populations.

L'enjeu est de prendre en considération l'ensemble des facteurs de risque, qu'ils soient liés aux modes de vie, à l'alimentation ou aux milieux. Elle amène l'idée de la participation de chacun à la gestion de sa santé.

<table>
<tr><th>Les facteurs de risque</th><th colspan="3">Les facteurs de protection</th></tr>
<tr><td>Caractéristiques individuelles ou collectives liées à l'environnement, à la culture, au mode de vie qui entrainent une probabilité de développer une maladie</td><td colspan="3">Ressources internes et externes protégeant la santé des personnes et des populations</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Exemple : l'alimentation pauvre en fruits et légumes est un facteur de risque de cancer</td><td>Caractéristiques individuelles</td><td>Comportements personnels</td><td>Conditions socioéconomiques</td></tr>
<tr><td>Exemple : optimisme, sentiment d'appartenance</td><td>Exemple : pratique d'une activité sportive</td><td>Exemple : habitat, accès aux soins</td></tr>
</table>

Tableau 1.III. Facteurs de risques et de protection

Dans une démarche de prévention du tabagisme en milieu scolaire, les élèves participent à toutes les phases de l'action.
Les jeunes sont accompagnés dans la construction de leur projet et de son évaluation par l'infirmière de santé scolaire et le professeur référent.

L'approche universelle

En 2010, à l'occasion de la création des Agences régionales de santé (ARS[7]) et de leur rôle accru en matière de prévention, l'ARS définit ainsi la prévention : *La prévention est donc l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie, mais c'est aussi tout ce que fait un individu ou un groupe, informé et responsabilisé, en faveur du maintien ou de l'amélioration de sa santé*.

Cadre de la prévention : faciliter l'évaluation par la personne de ses propres risques, de ceux inhérents à la vie, et renforcer ses facteurs de protection.
Dans une action avec des femmes en difficulté avec l'alcool, le projet envisage les conséquences du sevrage sur l'équilibre familial.

La classification des niveaux de prévention tend à être remplacée par les concepts de prévention généralisée, prévention sélective et prévention indiquée selon la population cible de l'action de prévention.

7 À l'heure où nous éditions cet ouvrage, l'organisation des ARS est en cours.

Prévention généralisée	Prévention sélective	Prévention indiquée
Pas de profil de risque	Présence de facteurs de risque sociaux	Facteurs de risque observables
Actions sur l'ensemble de la population	Actions sur un sous-groupe d'individus ayant un risque significativement plus élevé de développer un trouble	S'adresse aux individus qui ont des signes d'appel : les malades
Permettre à chacun de maintenir, conserver ou améliorer sa santé	Éviter la survenue de maladie dont ils sont menacés	Aider à gérer leur traitement pour en améliorer le résultat
Promotion de la santé Éducation à la santé	**Éducation à la santé Prévention des maladies**	**Éducation thérapeutique**
Exemple : conseils en hygiène alimentaire, en activité physique pour maintenir sa santé	Exemple : campagne de vaccination pour prévenir le cancer de l'utérus	Exemple : éducation du patient diabétique pour gérer son traitement par insuline en fonction de son activité

Tableau 1.IV. Prévention universelle

De nouvelles approches de la prévention se font jour, posant un questionnement éthique sur les pratiques de santé publique. Partant du principe que posséder l'information sur une conduite à risque ne suffit pas à y faire renoncer un individu, ce courant propose d'utiliser les connaissances issues des sciences comportementales, des théories économiques et des neurosciences. Par des techniques de communication en santé basées sur les émotions, ce courant se propose de revoir les stratégies de santé publique. Il préconise de faire appel à la raison, la peur, la surprise, la responsabilité, le plaisir ou le dégoût.

Exemple

Utiliser l'attrait des enfants pour les marques afin de les inciter à manger plus équilibré.

Exemple

Utiliser des photos « choc ».

Figure 1.6. Les fumeurs meurent prématurément

Ce principe présente le risque de ne plus prendre en compte suffisamment la dimension sociale des comportements de santé.

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

L'éducation à la santé prend un essor nouveau dans la formation et dans les pratiques infirmières, et particulièrement l'éducation thérapeutique. Ce domaine faisant l'objet d'un ouvrage à lui seul[8], nous n'aborderons ici que des notions essentielles.

Un retour aux racines nous fait mieux comprendre les courants actuels en éducation à la santé. En latin, deux verbes définissent l'acte éducatif : *educare* et *educere.* De la même manière, on distingue les vocables « éducation **à** la santé », qui renvoie à la santé comme état à atteindre, et « éducation **pour** la santé » qui se réfère à une dynamique d'adaptation de la personne. Une réflexion éthique est sous-tendue à ces choix de locution, la conception que l'on se fait de la personne : sujet ou objet de l'éducation pour la santé.

Educare signifie « élever », « nourrir des plantes, des animaux, des humains ». Cela évoque un processus exogène où l'éducation repose sur des apports extérieurs à l'individu. Traditionnellement, l'éducation pour la santé (appelée alors éducation sanitaire) consistait en des interventions éducatives visant à apporter des informations et à inciter les individus à adopter des attitudes et des comportements favorables à leur santé dans un objectif de prévention.

Educere (ex-*ducere*) signifie « conduire hors », « faire sortir ». Cela évoque un processus endogène où l'éducation consiste à faire éclore les potentialités inhérentes à la personne. De nos jours, l'éducation pour la santé est le plus souvent considérée comme un processus créant avec les personnes et les groupes, les conditions du développement de leurs capacités, valorisant leur autonomie et leur responsabilité, dans un but de promotion de la santé[9].

D'après l'OMS, l'éducation pour la santé s'inscrit dans la politique de promotion de la santé telle qu'elle a été définie par l'OMS en 1986 par la charte d'Ottawa : *L'éducation à la santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité… Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun. Elle informe et interpelle aussi tous ceux qui, par leur profession ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population, au travers des décisions qu'ils prennent ou des conduites qu'ils adoptent.*

D'après l'Inpes, l'éducation à la santé est définie comme *un ensemble de moyens permettant d'aider les individus et les groupes à adopter des comportements favorables à la santé en développant leur autonomie et le sens de la responsabilité.*

Pour assurer la promotion comme l'éducation et la prévention de la santé, il existe des outils communs. La démarche implique de bien cibler la demande du public, c'est-à-dire de l'écouter et de préciser ses souhaits.

8 Dans la même collection, à paraître.

9 Inserm, 2003.

PRÉVENTION, ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ : DE QUOI PARLE T-ON ?

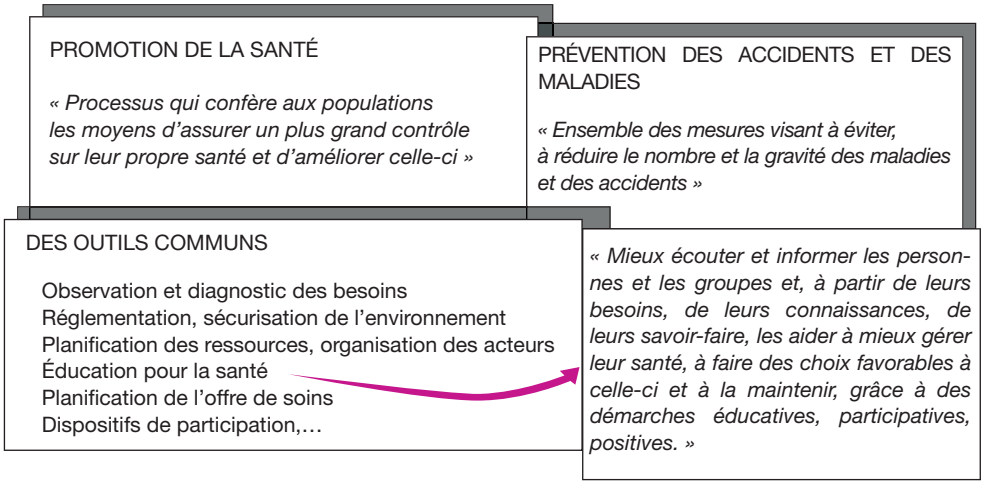

PROMOTION DE LA SANTÉ
« Processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci »
PRÉVENTION DES ACCIDENTS ET DES MALADIES
« Ensemble des mesures visant à éviter, à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents »
DES OUTILS COMMUNS
Observation et diagnostic des besoins
Réglementation, sécurisation de l'environnement
Planification des ressources, organisation des acteurs
Éducation pour la santé
Planification de l'offre de soins
Dispositifs de participation,…
« Mieux écouter et informer les personnes et les groupes et, à partir de leurs besoins, de leurs connaissances, de leurs savoir-faire, les aider à mieux gérer leur santé, à faire des choix favorables à celle-ci et à la maintenir, grâce à des démarches éducatives, participatives, positives. »

Figure 1.7. Prévention, éducation et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ?
Éclairage sur la prévention, CRAES-Crips, C. Bouchet, octobre 2000.

L'éducation à la santé implique de :

- respecter le choix des personnes, même celui de ne pas participer ;
- ne pas vouloir imposer des comportements prédéterminés ;
- éviter de culpabiliser la personne et de porter un jugement moral ;
- travailler sur les émotions comme la peur qui peut créer des mécanismes de défense (ex. : le déni) ;
- s'attacher à développer les compétences psychosociales telles que l'estime de soi, le rapport au corps, la relation aux autres, la confiance en son propre jugement, la gestion des conflits.

Exemple : une étude réalisée par le Crips sur l'observance des trithérapies dans le domaine du VIH a mis en évidence l'importance des représentations du corps et la dimension paradoxale du rapport aux médicaments qui entraînent des effets secondaires plus lourds que les symptômes initiaux.

Le programme d'éducation pour la santé

Un programme d'éducation pour la santé comporte des actions de trois natures différentes, articulées entre elles de façon cohérente et complémentaire :

- des campagnes de communication d'intérêt général dont l'objectif est de sensibiliser la population à de grandes causes de santé et de contribuer à modifier progressivement les représentations et les normes sociales ;
- la mise à disposition d'informations scientifiquement validées sur la promotion de la santé, sur les moyens de prévention, sur les maladies, sur les services de santé, en utilisant des supports et des formulations variés, adaptés à chaque groupe de population ;

■ des actions éducatives de proximité qui, grâce à un accompagnement individuel ou communautaire, permettent aux personnes et aux groupes de s'approprier des informations et d'acquérir des aptitudes pour agir dans un sens favorable à leur santé et à celle de la collectivité.

Exemple : le programme Sophia d'accompagnement des patients diabétiques

• En janvier 2010, près de 53 000 patients diabétiques en affection de longue durée (ALD) ont intégré le programme d'accompagnement thérapeutique de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). ⇒ campagne de communication.

• Lancé en mars 2008 dans dix départements pilotes, ce programme cherche à aider les patients à réguler leur diabète au quotidien pour éviter les complications en créant avec les volontaires des contacts réguliers et durables ⇒ sensibilisation du public.

• En pratique, Sophia s'appuie sur des outils d'information pédagogiques (fiches repères, magazine Sophia & vous), un accompagnement téléphonique effectué par des infirmières de l'Assurance Maladie et des services Internet ⇒ mise à disposition de connaissances et actions éducatives.

• La phase d'expérimentation doit s'achever en juin 2010 et fait l'objet d'une évaluation qui doit permettre de mesurer précisément les résultats du service en termes de santé publique, d'efficacité médico-économique et de satisfaction des assurés et des médecins.

Points clés à retenir

L'éducation pour la santé, c'est :

▶ faire avec et pour les personnes en mettant en avant leurs ressources plus que leurs incapacités et leurs carences ;

▶ se placer du côté des causes du problème plutôt que du côté des conséquences pour pouvoir agir ;

▶ être à l'écoute des besoins et des attentes ;

▶ s'adresser aux responsables pour agir sur les environnements ;

▶ mettre l'individu ou le groupe au centre du projet.

LA DÉMARCHE DE SANTÉ PUBLIQUE

On distingue les interventions de santé publique selon l'échelle à laquelle elles se situent. On parle ainsi de politique, de programme ou encore d'action de santé publique[10].

■ La politique de santé publique est un ensemble de programmes coordonnés afin de répondre à un objectif de santé publique.

■ Le programme de santé publique est un ensemble d'actions coordonnées dans le temps et dans l'espace pour répondre de façon structurée à un problème.

10 Voir chapitre 4 : Le système de santé.

- L'action de santé publique proprement dite se définit comme toute activité humaine visant à améliorer l'état de santé d'une population.

De la même manière que pour des projets de soins individuels, on réalise une démarche de soins afin de mettre en place des actions de santé. Lorsqu'on intervient auprès de groupes de population, on doit être en mesure de s'inscrire dans une méthodologie qui est la démarche de santé publique.

Cette démarche implique une approche multidisciplinaire composée de plusieurs étapes. Elle est porteuse des valeurs de promotion de la santé au sens de la charte d'Ottawa :

- analyser l'état de santé des populations et ses déterminants ;
- définir les priorités de santé ;
- organiser le dispositif de manière globale par l'approche intersectorielle permettant de mettre en œuvre ces priorités ;
- évaluer les actions, programmes et dispositifs mis en œuvre.

La méthodologie pour construire un projet de santé

La méthodologie pour construire un projet de santé comporte plusieurs étapes. Tout d'abord, réaliser le diagnostic qui correspond à l'état des lieux de la situation dans un contexte précis. Puis, après avoir identifié les besoins, les demandes et les réponses existantes, il convient d'identifier la problématique et de faire émerger les axes prioritaires. S'ensuit la projection d'un plan d'action qui consiste à fixer les objectifs poursuivis et à déterminer l'organisation des actions sur une période prévisionnelle jusqu'à la date de leur évaluation. Pour finir, comme pour toute démarche, un temps est réservé à l'évaluation.

La réalisation du diagnostic

L'analyse de la situation est un temps essentiel dans la mise en place de l'action. Elle a pour objectif d'appréhender une situation dans sa globalité, de mieux comprendre un phénomène de santé et ses déterminants, d'interroger les comportements et les représentations de chacun. L'analyse de la situation permet de prendre des décisions sur les orientations de l'action, elle justifie le choix des priorités et des objectifs. Les éléments issus de cette analyse servent à l'élaboration de l'évaluation.

Le diagnostic sert à faire émerger les problèmes existants (au sens large) et les demandes d'intervention de la population. Il pose un cadre pour envisager des moyens afin de résoudre les problèmes relevés. Cette première phase est un préalable indispensable pour créer des conditions favorables à la mise en œuvre des projets. C'est à ce moment-là qu'il faut analyser la demande, s'il en existe une, et ses enjeux.

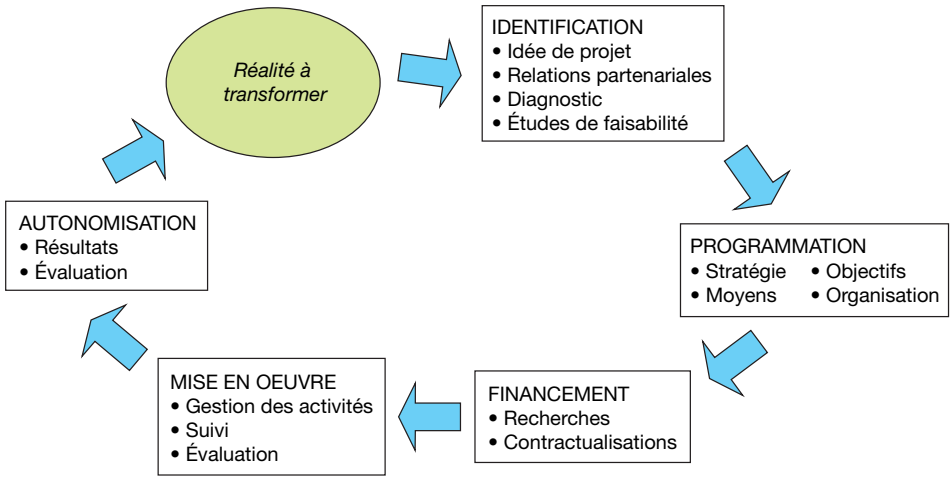


Figure 1.8. Étapes du projet de santé

Le diagnostic est donc un état des lieux de la situation de l'établissement, de la structure, du quartier dans lequel va se construire le projet. Il s'agit d'une phase exploratoire pour identifier les besoins et les demandes de santé sur un territoire, cerner la problématique, rassembler l'ensemble des données qui seront utiles à la mise en œuvre du projet et repérer les réponses existantes (actions de prévention, réseaux d'acteurs, dispositifs, etc.).

■ Le besoin correspond à ce qui est recueilli et analysé en mobilisant des expertises. Par exemple, les études de besoins sanitaires peuvent reposer sur des indicateurs existants, sur des enquêtes épidémiologiques ou psychosociologiques, sur des recherches de consensus. Les besoins seraient alors définis sur la base de données objectives, mis en avant par des experts et étudiés au moyen de l'épidémiologie.

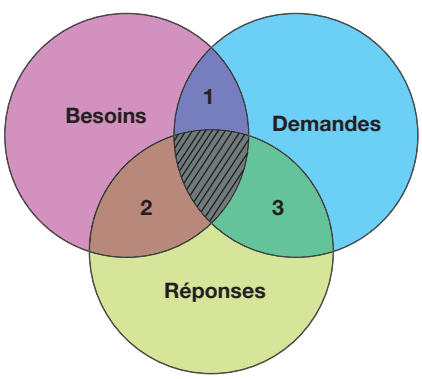


Figure 1.9

La triade « besoins-demandes-réponses »

1 : les besoins et les demandes existent, mais il n'y a pas de réponse, ce qui se traduit par le mécontentement.

2 : les besoins sont existants ainsi que les réponses, mais il n'y a pas de demande exprimée. Cela équivaut à un gaspillage du fait d'une sous-utilisation des services.

3 : les demandes sont exprimées et les réponses présentes, mais il n'existe pas de besoin révélé par les professionnels. Dans ce cas, il s'agit d'un gaspillage car les problèmes ne sont pas présents.

La zone d'adéquation est au centre (grisée), elle correspond à l'atteinte d'un équilibre car les besoins et les demandes sont couverts par les réponses disponibles.

■ La demande ou l'attente en santé correspond à ce qu'une personne croit possible au sujet des changements de son état de santé, de ses capacités à faire face à un problème de santé particulier et des effets possibles de l'évolution de la maladie ou d'un traitement sur son état de santé et de bien-être. Il s'agit de l'expression d'un ressenti qui correspond à une aspiration de la population ou de ses représentants. Les demandes seraient l'expression du désir d'un individu ou d'un groupe par rapport à une amélioration de la santé ou à l'utilisation d'un service.

La réalisation du diagnostic nécessite d'avoir recensé de l'information, rencontré des professionnels et réalisé des investigations auprès de la population concernée.

■ Le recensement documentaire s'effectue à la lecture des statistiques, des rapports, des enquêtes disponibles sur la communauté ou le problème ciblé. Pour plus de facilité dans leur consultation, il convient de s'adresser à des organismes qui connaissent bien le problème.

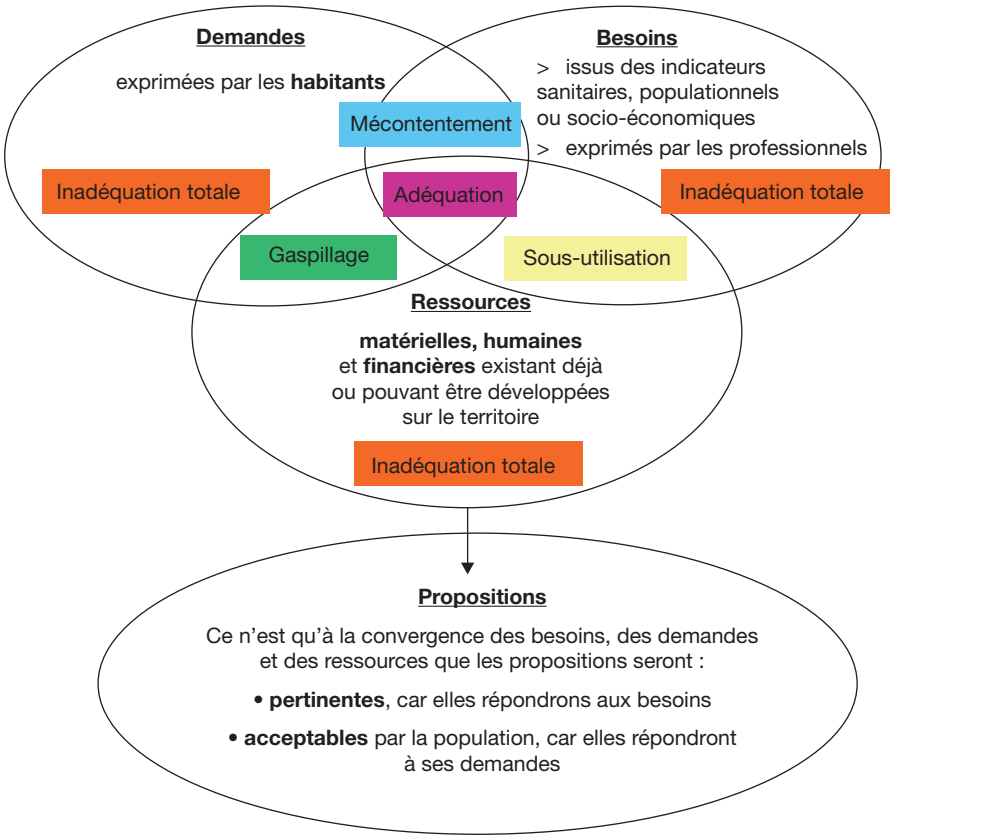

Demandes
exprimées par les habitants
Besoins
> issus des indicateurs sanitaires, populationnels ou socio-économiques
> exprimés par les professionnels
Mécontentement
Inadéquation totale
Adéquation
Inadéquation totale
Gaspillage
Sous-utilisation
Ressources
matérielles, humaines et financières existant déjà ou pouvant être développées sur le territoire
Inadéquation totale
Propositions
Ce n'est qu'à la convergence des besoins, des demandes et des ressources que les propositions seront :
• pertinentes, car elles répondrons aux besoins
• acceptables par la population, car elles répondront à ses demandes

Figure 1.10 La démarche de santé publique
© Institut Renaudot.

■ La rencontre des professionnels du terrain permet de recueillir des données plus qualitatives. Elle constitue également la première étape de la constitution d'un partenariat pour l'action.

■ L'investigation spécifique auprès de la population est une étape qui complète les précédentes et fournit des données plus sociologiques. Elle permet d'une part de mesurer l'écart entre les besoins exprimés et les besoins réels, et d'autre part de contribuer à instaurer une dynamique participative. En effet, la participation de la population est une condition indispensable pour mener un projet.

■ Le bilan du diagnostic consiste en une restitution aux personnes, aux professionnels qui ont participé à son élaboration et/ou qui sont concernés par la ou les problématiques soulevée(s). Ce bilan peut être l'occasion de déterminer une priorité d'action et de concrétiser le partenariat et la participation des différents acteurs. C'est également le moyen de s'assurer que le diagnostic correspond à la zone d'adéquation entre besoins, demandes et réponses.

La priorisation et la problématisation

La priorisation

Le travail précédent a fait émerger plusieurs problèmes pour lesquels différents programmes d'action de santé sont envisageables. Il est nécessaire de sélectionner et de prioriser l'intervention la plus pertinente. Ce choix repose sur quatre critères auxquels s'ajoute l'aspect logistique :

- l'importance du problème de santé dans la structure : la fréquence, la gravité mais aussi la perception du problème par les populations (jeunes et professionnels) ;
- l'acceptabilité socioculturelle du problème ou de l'intervention ;
- la connaissance des facteurs de risque ;
- la capacité et la légitimité à intervenir.

À ces critères s'ajoutent également les disponibilités humaines, les moyens financiers, techniques...

La considération et l'analyse de l'ensemble de ces éléments fait émerger une priorité qui pourra être discutée avec les partenaires potentiels.

La problématisation

Une fois que la priorité d'intervention est déterminée, il est important de formuler la problématique en précisant la population ciblée. Cette problématique pose le cadre du projet, notamment pour les financeurs.

L'identification des acteurs

Enfin, il convient d'identifier les acteurs ayant une part de responsabilité ou d'intérêt pour ce problème et de constituer un partenariat.

Cette étape de priorisation et problématisation favorise également l'identification des actions menées sur ce thème de façon à ce que ce nouveau projet s'intègre dans l'existant et se construise à partir des expériences passées.

La programmation

La première phase d'état des lieux est terminée. Une dynamique a pu s'instaurer entre les partenaires et la population, il va falloir passer à l'action. La programmation est une démarche de planification globale qui aboutit à la conception et à l'organisation détaillées de l'action. Les objectifs sont élaborés et les activités concrètes à mettre en œuvre pour les atteindre y sont référencées. C'est en quelque sorte un plan opérationnel. La programmation identifie également les ressources à mobiliser et intègre la planification de l'évaluation.

La formulation de l'objectif général et des objectifs spécifiques

Il existe des outils d'aide au pilotage de projet et notamment pour formuler les objectifs. L'outil SMART est l'un d'eux. C'est un moyen mnémotechnique pour parvenir à une formulation rigoureuse.

Un objectif doit être **SMART** : **S**pécifique, **M**esurable, **A**ccessible, **R**éaliste et fixé dans le **T**emps

Exemple : diminuer de 10 % le nombre de caries dentaires d'ici deux ans.

La définition d'un objectif doit comporter trois dimensions, celle du professionnel en termes d'analyse des besoins, celle de l'institution en termes d'offre possible et celle du public en termes de demande.

Exemples d'application de l'outil SMART[11]

Exemple d'objectif général (objectif général du Programme national nutrition-santé en 2001)

« D'ici 2005 (T), augmenter la consommation de fruits et de légumes (S), afin de réduire le nombre de personnes qui consomment peu de fruits et de légumes d'au moins 25 % (M + A + R). »

S : l'objectif est spécifique, car il précise ce qui doit avoir changé ; il s'agit d'augmenter la consommation de fruits et de légumes et de réduire le nombre de personnes qui en consomment peu.

M : l'objectif est mesurable car il se fixe un indicateur qui est de 25 %.

A : l'objectif est ambitieux car cet indicateur est élevé.

R : l'objectif est réaliste car il vise l'augmentation de la consommation et non un seuil de consommation (par exemple, consommer 10 fruits et légumes par jour) qui ne serait pas atteignable et vérifiable.

T : l'objectif est situé dans le temps (il doit être atteint entre 2001 et 2005).

Exemple d'objectif nutritionnel spécifique (objectif spécifique du PNNS 2001)

« D'ici 2002 (T), rendre accessibles des informations pour le milieu scolaire sur la nutrition (S) Par un outil interactif, ludique et pédagogique (M + A + R). »

S : l'objectif est spécifique car il s'agit de rendre accessibles des informations pour le milieu scolaire.

M : l'objectif est mesurable car un outil interactif doit être réalisé.

A : l'objectif est ambitieux car l'outil devra être interactif, ludique et pédagogique.

R : la réalisation d'un outil est un objectif réaliste.

T : l'objectif est situé dans le temps (« d'ici 2002 »).

Exemple d'objectif nutritionnel opérationnel (issu du programme « nutrition » de l'Inpes)

« D'ici octobre 2007 (T), mettre à disposition (M) de tous les collèges (A) l'outil d'intervention en éducation pour la santé sur la nutrition intitulé « Fourchettes et baskets » (S), conçu en collaboration avec l'Éducation nationale (R). »

S : l'objectif est spécifique car il s'agit de mettre à disposition des collèges un outil en particulier.

M : l'objectif est mesurable car on peut recenser le nombre de collèges qui l'ont reçu.

A : l'objectif est ambitieux car l'accessibilité concerne tous les collèges.

R : l'objectif est réaliste, compte tenu des compétences et de l'expérience de l'Inpes.

T : l'objectif est situé dans le temps (« d'ici octobre 2007 »).

11 Source : Inpes.

■ **La détermination des activités pour atteindre les objectifs opérationnels**

L'outil d'intervention doit être choisi en fonction des objectifs. Il existe des activités pédagogiques proposées par les organismes de prévention comme l'Inpes, mais la créativité de l'infirmier est également sollicitée. Il est toujours possible de s'inspirer d'intervention et de les adapter au public-cible, au contexte, aux moyens.

■ **L'élaboration du plan opérationnel prévisionnel**

Pour chacun des objectifs spécifiques, il convient de :

– repérer les activités à mettre en œuvre et de les répertorier en précisant les dates de début et de fin prévues ;

– ordonner les activités chronologiquement ;

– identifier les étapes préalables à chaque activité ;

– spécifier clairement les responsabilités de chacun et répartir les tâches.

■ **La détermination des modalités d'organisation et de coordination**

Sachant que plusieurs partenaires sont impliqués dans le projet, il est utile d'assurer un suivi des actions durant leur déroulement. Ce suivi permet de s'assurer du déroulé prévu, mais également de repérer les problèmes rencontrés et de réajuster s'il le faut le plan prévisionnel.

Là encore, des outils sont disponibles pour faciliter cette tâche. Il peut s'agir de l'élaboration d'un tableau de bord qui regroupe l'ensemble des éléments constitutifs du cahier des charges, ou encore de l'organisation de comité de pilotage.

– **Le cahier de bord.** À titre indicatif, ce tableau propose les informations qu'il est nécessaire de regrouper afin d'avoir une vision précise du projet.

Plan opérationnel prévisionnel

Objectifs	
Activités	
Responsable	
Ressources humaines matérielles	
Ressources financières	
Partenaires	
Calendrier	
Ajustement	
Évaluation	

Tableau 1.V. Plan opérationnel prévisionnel

– **Le comité de pilotage.** Il s'agit d'une réunion avec les partenaires de l'action et les éventuels financeurs. Son objectif est de veiller à la viabilité, à la pertinence du projet. Il se réunit à intervalle régulier tout au long du projet. L'utilisation d'un outil de planification comme le planning de Gant permet un suivi régulier du projet sur la durée de son élaboration et précise qui fait quoi et quand.

TÂCHE	QUI	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI
Comité de pilotage	• Professionnels de santé • Équipe du centre de santé • Promoteur du projet					
Diagnostic de population	• Chargé de mission • Sociologue					
Diagnostic professionnel	• Équipe • Infirmier					
Recherche documentaire	• Stagiaires • Étudiants en santé publique					
Présentation des résultats	• Sociologue, chargé de mission • Chef de projet					
Définition des objectifs Validation	• Groupe de pilotage					
Stratégies d'intervention	• Groupe de pilotage					

Tableau 1.VI. Exemple de planning de Gant

L'évaluation

L'évaluation, qui doit accompagner tout le déroulement du projet, permet d'abord de faire le bilan des actions réalisées et des résultats obtenus. Elle permet également de décider de renouveler l'expérience en l'améliorant à partir des différences perçues entre ce qui était prévu et ce qui a été réalisé.

On distingue couramment deux niveaux d'évaluation : l'évaluation du processus et des résultats.

■ **L'évaluation du processus.** Il s'agit de s'interroger et de critiquer les étapes du déroulement de l'organisation de l'intervention. Certaines questions peuvent aider à interroger les différentes phases du processus.

– Les activités prévues ont-elles été toutes réalisées ?

– Les ressources prévues ont-elles été toutes disponibles et utilisées ?

– Quelle a été la participation de la communauté ?

– La contribution des partenaires a-t-elle été effective ?

– Le travail d'équipe a-t-il bien fonctionné ?

– Les différents acteurs sont-ils satisfaits ?

■ **L'évaluation des résultats** porte sur l'atteinte des objectifs. Elle dépend étroitement de l'étape de formulation des objectifs. En effet, cette évaluation se fonde sur des indicateurs qui mesurent l'atteinte de chaque objectif spécifique. C'est ici que la rigueur dans la formulation prend tout son sens.

Exemple :
Objectif : avoir un bon niveau de connaissance sur les risques du tabagisme et sur les facteurs qui conduisent à expérimenter le tabac. Indicateurs :
- X% de participants connaissant les risques (cancer, essoufflement...) ;
- X% de participants connaissant les raisons d'expérimentation.

Il existe deux méthodes d'évaluation de résultats qui utilisent des outils parfois différents.

L'une est quantitative, elle vise généralement à établir des caractéristiques, des différences à partir d'un nombre élevé de participants. Les statistiques servent d'outil de référence.

L'autre est qualitative, elle vise à recueillir des informations plus complètes sur un sujet donné. Les outils les plus utilisés sont l'entretien ou le questionnaire.

EXEMPLE D'UNE ACTION DE SANTÉ PUBLIQUE EN MILIEU SCOLAIRE[12]

Les initiateurs du projet ont réalisé une fiche mentionnant l'ensemble des éléments constitutifs de la démarche suivie.

Thème	La nutrition
Objectif	Chaque année, tous les élèves de cours préparatoire de dix écoles d'un département sont sollicités sur les notions d'alimentation, de plaisir et de santé
Public cible	Les élèves de cours préparatoire
Territoire/établissement	École primaire en milieu rural
Initiateur du projet	• L'infirmière conseillère technique de l'Inspection académique • Les infirmières du département • La chargée de projet du Codes[14]
Intervenants auprès des élèves	• L'enseignant de cours préparatoire • L'infirmière du département rattachée à l'école • La chargée de projet du Codes
Déroulement de l'action	Une séance est proposée aux élèves à partir d'une trame construite autour des thèmes « équilibre alimentaire », « activité physique », « plaisir et alimentation », « préparation d'un goûter » Cette intervention constitue le point d'orgue de la mobilisation des élèves sur ce thème

12 Source : *Éducation à la santé en milieu scolaire*, Inpes.
13 Codes : Comité départemental d'éducation pour la santé.

Thème	La nutrition
Coût	• Intervention du Codes • Achat de fruits et de légumes pour préparer le goûter Dans le cadre du Programme régional de santé, la Driss et l'Assurance Maladie (Urcam) ont financé un appel à projet « Alimentation et nutrition ». Le Codes a fait une proposition d'action en répondant au cahier des charges.
Durée scolaire 2001/2002	Projet récurrent, initié depuis l'année scolaire 2001/2002
Évaluation	Évaluation du processus uniquement

Tableau 1.VII. Éléments constitutifs de la démarche suivie

Le premier temps de la démarche a consisté en l'analyse de la situation pour définir une priorité, un objectif, un plan d'action et son évaluation. L'analyse de la situation a débuté par :

- l'analyse documentaire des travaux de l'Observatoire régional d'épidémiologie scolaire (Ores) qui indiquaient un développement croissant de l'obésité dans cette région ;
- l'étude du relevé des indices de masse corporelle (IMC) des enfants, notés par les infirmières depuis plusieurs années (ce relevé indiquait une évolution du poids des élèves) ;
- la considération des diverses observations des enseignants portant sur la composition des en-cas et goûters fournis par les parents aux enfants (elle révélait une quantité importante de produits sucrés et/ou gras), le comportement alimentaire des enfants à la cantine (qui indiquait un faible appétit), les plaintes des parents à propos du fait que les enfants mangeaient peu à la cantine.

La prévision du déroulement de l'intervention s'organise en plusieurs séquences et pour chacune d'elle, les intervenants sont précisés. Cette planification prévisionnelle facilite les modalités d'organisation au sein de l'établissement, permet aux intervenants de réserver matériel et plages horaires. Cette connaissance permet d'avertir les enseignants et les élèves des interventions. Cette anticipation facilite leur implication et leur participation, chaque professeur pouvant faire exprimer aux élèves leurs idées et leurs interrogations sur la thématique.

Déroulement	Minutage à modifier en fonction des horaires de chaque établissement	Par qui ?
• Présentation de l'animation aux enfants • Rappel des règles du groupe	15 minutes	Chargée de projet et infirmière
• Séquence n° 1 : « L'équilibre alimentaire et ses bienfaits » • Jeu d'images : « J'aime, je n'aime pas »	45 minutes	Chargée de projet et infirmière
• Séquence n° 2 : « Séance d'activité physique »	30 minutes	Enseignant
• Pause pour les élèves • Préparation du goûter	15 minutes	Chargée de projet et infirmière

Déroulement	Minutage à modifier en fonction des horaires de chaque établissement	Par qui ?
• Séquence n° 3 : mise en situation • Débat : « Qui veut raconter ce qu'il fait ? »	30 minutes	Chargée de projet et infirmière
• Séquence n° 4 : goûter pris ensemble sur le thème « Alimentation, santé et plaisir »	45 minutes	Toute la classe

Tableau 1.VIII. Synthèse de l'intervention

LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Le concept

Le terme communauté, issu de la culture anglo-saxonne, prête bien souvent à confusion. En effet, le terme communauté ici n'a pas de dimension ethnique. Il concerne un groupe de personnes qui vivent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes, et ayant une place dans une structure sociale, partageant des convictions. Ils sont dans une certaine mesure conscients de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire.

Exemple de communautés : groupe de personnes présentant un problème d'alcool, femmes avec enfants en bas âge fréquentant la même Protection maternelle infantile (PMI), retraités d'un même quartier, étudiants d'une école…

L'action communautaire pour la santé désigne l'action menée par les communautés en vue d'accroître leur maîtrise des déterminants de la santé et d'améliorer ainsi cette dernière.

La définition

On parle de santé communautaire quand les membres d'une collectivité géographique ou sociale réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. La santé communautaire ne peut donc pas se faire sans les usagers. La communauté, on le voit bien, est un groupe dont les membres ont des intérêts communs. Ce n'est pas un état, elle est en mouvement et une personne peut faire partie de plusieurs communautés. C'est ainsi que l'action communautaire pour la santé désigne les efforts collectifs déployés par les communautés pour augmenter leur maîtrise des déterminants de la santé afin d'améliorer cette dernière[14].

14 Les sources : *Glossaire de la promotion de la santé*, D. Nutbeam, OMS, janvier 1998.
La santé de la mère et de l'enfant, collection « Médecine Sciences », M. Manciaux, J.-P. Deschamps, éditions Flammarion, Paris, 1978.
Promotion de la santé : méthodologie. Atelier 7 : analyse des besoins d'une communauté. Secrétariat d'État chargé de la santé, La documentation française, Paris, 1986.

L'action communautaire nécessite l'identification d'une base collective communautaire locale, que ce soit à caractère géographique ou institutionnel, l'établissement d'un diagnostic, c'est-à-dire le repérage collectif des problèmes et des potentialités, ce qui implique la population et les dynamiques sociales présentes dans la collectivité à l'échelon local. Elle repose sur la participation, autant représentative que directe, de tous : les spécialistes, les professionnels, les personnels administratifs, les représentants politiques et les usagers.

La participation

La participation de la population est préconisée depuis 1976 à travers les textes de l'OMS (chartes et déclarations).

La participation désigne une volonté d'impliquer de manière active les individus dans les processus de décision. La notion de participation a une dimension « politique », elle a été reprise dans le concept de démocratie sanitaire.

On distingue différents niveaux de participation :

- Niveau 1 : la **consultation**. Les individus peuvent donner leur avis sur un projet dont ils n'ont pas participé à la construction.
- Niveau 2 : la **concertation**. Son but est de proposer un ensemble de solutions à envisager en commun et de décisions à prendre.
- Niveau 3 : la **négociation**. Les citoyens sont associés au processus qui mène à la décision.

L'*empowerment*

Le terme d'*empowerment*[15], de plus en plus utilisé dans la démarche communautaire en santé, est défini de la façon suivante. Il s'agit d'un processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leur vie et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique.

Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisés. Même des personnes avec peu de capacités ou en situation de précarité sont considérées comme disposant de forces et de ressources. Les processus d'*empowerment* ne peuvent pas être produits, seulement favorisés.

15 *Glossaire européen de la santé*, Commission européenne, E. Rusch (coord.).

La Case de Santé
Centre de Santé Communautaire
17 place Arnaud Bernard - 31000 TOULOUSE
05 61 23 01 37 - contact@casedesante.org
www.casedesante.org
«La case de santé» est un centre de santé associatif (Agrément préfectoral « Centre de santé polyvalent ») ayant pour but d'assurer un accès le meilleur possible pour tous aux soins et à la prévention en santé.
Art. 2 des statuts de l'association : « But : Développer des actions dans le domaine de la santé selon une approche globale, tenants compte de l'environnement socio-économique, tout en favorisant l'accès au soin des personnes. L'association se réfère pour ses actions aux principes de santé communautaire, notamment à la Charte d'Ottawa (OMS – 1986)»
L'association est située au cœur d'un quartier populaire de Toulouse, le quartier Arnaud Bernard. L'équipe du projet est pluridisciplinaire: deux médecins généralistes, deux infirmier-ères, trois travailleurs sociaux (accès aux soins, suivi social, conseil juridique), une psychologue et deux animat-eurs/rices communautaires.
L'association gère trois pôles d'activité dans ses locaux :
1) une activité de soins médicaux (conventionnée avec l'assurance maladie), infirmiers et d'accompagnement social (orientation, ouverture de droits, accompagnement juridique pour les étrangers malades)
2) une activité de coordination et de travail pluridisciplinaire
3) une activité de prévention, de travail sur les inégalités sociales de santé et d'action communautaire (permettant des actions de réappropriation de leur santé par des groupes d'usagers, des actions de plaidoyer...)
UN BILAN MEDICOSOCIAL
Alors qu'ils consultent trois fois moins que les Français âgés, les vieux travailleurs maghrébins souffrent, dès 55 ans, de pathologies observées chez les Français de vingt ans plus âgés, selon le HCI (Rapport sur "la condition sociale des travailleurs immigrés âgés", mars 2005).
Elles sont liées aux conditions de travail sur les chantiers, au logement précaire, aux carences alimentaires, à des affections respiratoires, au diabète. Par ailleurs les étudient disponibles montent que les vieux migrants ont très peu recours aux services sociaux de droit commun (UTAMS, CCAS, ...).
Il s'agit pour nous d'accueillir et de proposer une synthèse globale de la situation médico-socio-administrative de ces personnes. Ce bilan global va permettre d'orienter les "Chibanis" vers des relais adaptés aux éventuels problèmes que nous aurons dépistés.
N'oublions pas les Chibanis!
Un programme de santé communautaire pour les vieux migrants
DES ACTIONS DE PLAIDOYER
CAMPAGNE «JUSTICE ET DIGNITE POUR LES CHIBANIS»
Les conditions de vie des « vieilles » personnes retraitées immigrées vivant en France restent soumises à des restrictions, et des freins majeurs qui contraignent aujourd'hui leur droit de vivre dignement entre ici et là-bas, entre logiques discriminatoires et inégalités sociales. Déjà dès leur arrivée en France dans les années 60 ou 70, pour beaucoup de ces hommes et femmes, il a fallu se battre contre le rejet et le racisme en vigueur, vivre pour certain-e-s dans la plus grande indignité (bidonvilles...), et travailler dans des conditions très pénibles.
JUSTICE POUR LES CHIBANI-A-S
Le temps passé ici n'a malheureusement pas tellement arrangé leurs situations et conditions de vie. Suite à la première campagne de 2006, à l'appel lancé en août 2009 par la Case de santé et le CIRRVI Midi-Pyrénées, un regroupement d'associations qui travaille avec les personnes âgées immigrées, de Toulouse, Lyon, Strasbourg, Marseille, Paris vient de fonder un collectif d'information et de soutien «Justice et Dignité pour les Chibani-as» pour veiller, informer, alerter et se mobiliser autour des situations auxquelles sont confrontées les personnes. WWW.CHIBANIS.ORG
DES ACTIONS COLLECTIVES
El Zamane
Un espace d'autonomie pour les Chibanis
Tous les jeudis, de 10h à 17h, El Zamane est un lieu de rencontre, de convivialité, de débat et d'action pour les Chibanis

Figure 1.11. Exemple d'action de santé communautaire à Toulouse

La méthodologie de la démarche de santé communautaire

Le diagnostic

Le diagnostic constitue l'étape initiale d'une approche communautaire de santé. Il doit initier une dynamique locale. L'objectif est de développer le réseau primaire et de faire en sorte que ce réseau, comme le réseau secondaire, permette à l'usager-habitant de devenir acteur de sa santé en l'aidant à développer ses propres capacités.

– Le réseau primaire ou naturel concerne le réseau spontané des proches de l'intéressé, il est représenté principalement par la famille, les amis, les voisins, etc.

– Le réseau secondaire correspond au réseau de professionnels qui s'occupent, prennent soin, et prennent en charge l'intéressé. Les acteurs essentiels sont l'infirmier, les assistants sociaux, l'auxiliaire de vie, l'éducateur, les enseignants, etc.

Le schéma[16] ci-dessous représente ce tissu et les liens qu'il tisse entre les usagers.

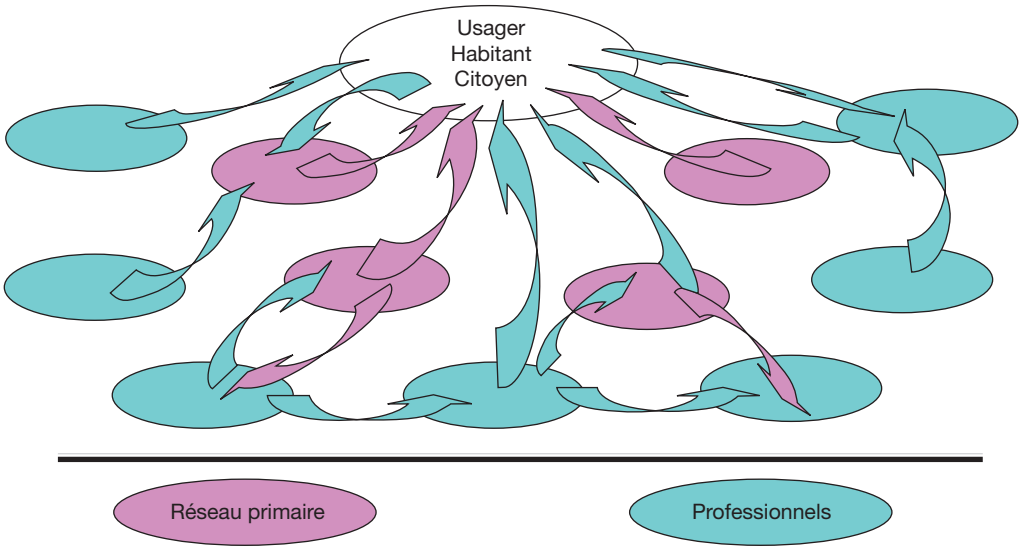


Figure 1.12. Réseaux primaire et secondaire

Le diagnostic vise à mettre en évidence les besoins, les problèmes, les représentations de la santé, les valeurs de la communauté, ses modes de communication. Il identifie les ressources des personnes et des structures. Il permet à la fois de connaitre et de mettre en synergie, de décloisonner les acteurs et de les mobiliser. Ces acteurs étant la population, les professionnels de proximité, l'institution. Le diagnostic aboutit au choix du territoire d'intervention : quartier, ville, structure. Il initie la participation.

L'évaluation du projet de santé communautaire

L'évaluation sera plutôt axée sur l'aspect qualitatif : satisfaction des habitants et des professionnels, participation des habitants, amélioration de l'état de santé. Elle se fera sur le long terme en mettant en évidence le tissage de liens sociaux, la pérennité de l'action, le décloisonnement des pratiques, la création d'un réseau.

16 Source : Bernard Pissarro, professeur de santé publique.

Exemple : l'évaluation du projet «Soleil santé»

Action sur le dépistage du cancer du sein à Bondy, agglomération de Seine-Saint-Denis.

QUI : des habitantes, réunies en un collectif de femmes citoyennes, bénévoles, actives, pour informer les autres femmes sur le dépistage du cancer du sein et leur permettre ainsi une meilleure qualité de vie et une prise en charge de leur santé.

DÉMARRAGE DE L'ACTION : invitées par des professionnels de terrain à participer à une action de promotion de la santé sur Bondy, elles ont aidé à construire des stratégies pour promouvoir le dépistage du cancer du sein dans les quartiers :

- communication par le bouche à oreille et création de nouveaux supports pour en parler ;
- organisation de réunions collectives sur *la santé des femmes de plus de 40 ans* ;
- réalisation d'un support vidéo *T'as fait ta mammo?* et d'un support individuel pour sensibiliser les femmes dans les quartiers.

OBJECTIF : poursuivre le travail commencé en informant et en sensibilisant les femmes sur le dépistage du cancer du sein et les motiver pour passer une mammographie.

POUR QUI : les personnes plus particulièrement ciblées sont les femmes concernées par le plan national cancer (âgées de 50 à 74 ans) habitant Bondy et les communes avoisinantes.

ACTION : accompagner les femmes et les aider à faire les démarches pour qu'elles reçoivent la convocation au dépistage, les orienter vers leur médecin ou le centre de radiologie agrée.

COMMENT : rencontres dans les lieux publics ou dans leur environnement proche pour donner une information de façon individuelle. Pour les informer de façon collective, réunions dans les centres sociaux, au Centre municipal de santé, dans les institutions, chez les partenaires de l'action de promotion et aussi ceux qui sont proches des habitants, comme les services d'insertion, les services sociaux, les espaces sociaux...

OUTILS : création de nouveaux supports : le film *T'as fait ta mammo?*, un diaporama expliquant le dépistage, un support d'information crée par le collectif, les plaquettes, dépliants et affiches du Comité des cancers.

ACCOMPAGNEMENT : professionnels de la Caisse d'assurance maladie, association de femmes relais sur la ville, professionnels de l'Ardepass (Association de dépistage des pathologies du sein en Seine-Saint-Denis).

Points clés à retenir

▶ Les particularités de la démarche de santé communautaire[18] sont les suivantes :

– la démarche met en place des actions qui portent sur tous les déterminants de santé ;

– elle part d'une approche globale et positive de la santé ;

– elle est une démarche de co-construction avec les habitants ;

– elle est un travail en intersectorialité et en réseau à l'échelon local ;

– elle favorise une prise de conscience par les participants de leurs propres ressources et de leur capacité d'agir sur leur santé (*empowerment*).

▶ Une action de santé sera dite communautaire si elle concerne une communauté qui reprend à son compte la problématique engagée, si elle émane d'experts ou non, internes ou externes à la communauté.

17 *Charte de promotion des pratiques de santé communautaire*, Institut Renaudot, Paris, 1998.

S'ENTRAINER

VÉRIFIER SES CONNAISSANCES

1

Pour chacune des activités suivantes, cochez le niveau de prévention correspondante :

Activité	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Dépistage de la phénylcétonurie			
Lavage des mains			
Vaccination antitétanique			
Traitement de séquelles de fracture			
Lutte antitabac pour l'infarctus du myocarde et le cancer du poumon			
Diminution de la consommation de graisses saturées dans la prévention des cardiopathies ischémiques			
Prévention des récidives d'accident vasculaire cérébral par les antiagrégants			
Congé maladie			
Rééducation des coronariens			

2

Classez chronologiquement les déclarations de l'OMS :

Année proposée	Déclarations	Année correspondant à la déclaration
2003	• **La déclaration d'Athènes** sur les Villes santé	
1998	• **La charte d'Ottawa** pour la promotion de la santé	
1997	• **La déclaration de Belfast** sur les Villes santé et le développement durable	
1994	• **La déclaration de Jakarta** pour la promotion de la santé au XXI^e^ siècle	
1986	• **La charte d'Aalborg** des villes européennes pour le développement durable	
1992	• **La charte de Budapest** définissant les objectifs du réseau Hôpitaux promoteurs de santé	
1997	• **La déclaration d'Alma-Ata** pour la promotion des soins de santé primaire et l'accès de tous à un niveau de santé acceptable	
1978	• **La charte de Bangkok** pour répondre aux enjeux de la santé	
2005	• **La déclaration de Vienne** posant les principes d'action d'un hôpital promoteur de santé	

3

Répondez par **vrai** ou **faux** aux affirmations suivantes :

	Vrai	Faux
La prévention consiste à informer la personne des dangers		
La prévention a tout à gagner à s'adresser au plus grand nombre		
La prévention permet de faire des économies		
La prévention est une question de responsabilité individuelle		
Plus on est touché par un problème, plus on est attentif à un message de prévention s'y rapportant		
Il faut choquer pour marquer les esprits		
La prévention de l'obésité doit commencer au plus tôt		
Il n'y a aucun lien entre savoir combien de fruit et légumes il faut manger quotidiennement et le faire		

4

À la question *quelle est la cause de l'infarctus du myocarde* ?, indiquez quelles vont être les réponses selon chacun des modèles de santé proposés :

Modèle de santé	Causes du problème	Stratégies principales
Biomédical		
Comportements sains		
Socio-environnemental		

5

Complétez le tableau suivant :

	Prévention généralisée	Prévention sélective	Prévention indiquée
Public			
Buts			
Méthode			

TRANSFÉRER À D'AUTRES SITUATIONS

1

Dans la situation suivante, distinguez les facteurs de risque et les facteurs de protection de la santé.

Jean-Pierre a 50 ans, est enseignant et habite une grande agglomération. Pour circuler, il prend tous les jours une bicyclette car il n'aime pas la foule du métro. Depuis son divorce, Jean-Pierre se retrouve assez seul car il ne voit plus ses enfants et il s'est fâché avec ses anciens amis. Depuis, il a repris sa consommation de cigarettes à raison de 10 cigarettes/jour. Il culpabilise de ne pas avoir la capacité d'arrêter, d'autant plus que son père est décédé d'un cancer du poumon quelques années plus tôt. Bénéficiant de nombreux jours de congé, il aime visiter les musées, participer à des débats ou bien lire, ce qu'il fait fréquemment car son logement est situé près de tous les centres culturels. Il aime se retrouver dans son appartement, vaste et lumineux : c'est son refuge. Grand optimiste, il pense que sa situation familiale va s'arranger et que bientôt ses enfants demanderont à le voir.

Les facteurs de risque	Les facteurs de protection		
	Caractéristiques individuelles	Comportements personnels	Conditions socio-économiques

2

Après lecture de la situation de chaque famille, faites une comparaison de leurs modes alimentaires en mettant en évidence les déterminants de santé selon le tableau ci-dessous.

Situation 1. En Équateur, la famille Contreras vit dans un village à 3 000 mètres d'altitude, dans les Andes. Les parents, âgés de 35 et 38 ans, sont amérindiens, ils ont huit enfants, ils disposent d'un lopin de terre pauvre exposé au vent qui fournit l'essentiel de leur alimentation, à savoir des pommes de terre, des haricots, des lentilles, des oignons, du maïs, du blé et des bananes plantains. Quand leurs finances le leur permettent, des carottes et des tomates s'ajoutent au menu. La viande est rare, ils en consomment deux fois par an lorsqu'ils abattent un cochon. Le lait provient de l'unique vache qui fournit un litre par jour. Ils partagent un troupeau de moutons avec d'autres familles. Le troupeau procure de

l'argent lorsqu'ils vendent une tête de bétail au marché. La ville est située à 10 kilomètres de chez eux et c'est Orlando, le père, qui se charge d'effectuer les courses au marché. La famille ne consomme jamais de produits manufacturés et les enfants rêvent de goûter à de vrais bonbons. Chaque semaine, la famille Contreras dépense 26 euros pour se nourrir.

Situation 2. La famille Baumann est allemande. Jorg et Suzanne ont 45 ans, ils vivent avec leurs deux enfants dans une maison au nord de Hambourg. Ils ont consacré plusieurs années à rénover leur maison qui est confortable et fonctionnelle. Depuis que Suzanne a repris son travail d'infirmière, c'est Jorg qui s'occupe des courses et de la cuisine. C'est un homme prudent et précis qui s'adapte difficilement à l'hypermarché de proximité tant il existe de produits et qu'il ne sait lequel choisir. Il y achète surtout les boissons et les plats cuisinés, 14 litres d'eau en bouteille, 20 canettes de bière, des jus de fruits et du Coca-Cola pour les enfants ainsi que les compléments alimentaires (cachets de vitamines). Il préfère acheter les autres produits au marché de sa petite ville car, avec les maraichers, il est plus facile de savoir d'où ils proviennent. Les légumes et les fruits sont essentiels dans leur alimentation ainsi que les céréales pour le petit déjeuner. Ils consomment de la viande à tous les repas et beaucoup de charcuterie. S'ils le pouvaient, les Baumann achèteraient des produits de l'agriculture biologique, mais ils reculent devant les prix. La famille dépense 375 euros pour se nourrir chaque semaine.

Situation 3. En Inde, la famille Paktar, composée des parents de 42 et 48 ans et de leurs deux enfants, vit dans une ville au centre du pays. La famille fait partie des classes moyennes, le père est ingénieur et la mère proviseur d'un collège. Sangeeta, la mère, prépare elle-même un copieux petit déjeuner appelé « poha » composé de pommes de terre, d'oignons et de piments. La famille Paktar, comme la majorité des hindous, pratique le végétarisme. Originaire de la caste des brahmanes, Sangeeta reconnait qu'elle n'applique pas avec autant de rigueur la tradition, comme elle l'a connue dans la maison de son père. En effet, ils ont dû déménager plusieurs fois pour suivre la carrière de son mari et ils ont découvert de nouvelles recettes de cuisine qu'ils n'hésitent pas à réaliser. Chaque semaine, il faut 32 euros pour nourrir les quatre membres de la famille, celle-ci s'autorise aussi une sortie au restaurant. La famille consomme 8 litres de lait et 2 kg de yaourt pour compenser l'apport en protéine ainsi que beaucoup de céréales (pois chiche, lentilles et de condiments).

Famille	Équateur	Allemagne	Inde
Déterminants géographiques			
Déterminants sociologiques			
Déterminants politiques			
Déterminants économiques			
Alimentation			

CORRIGÉS

VÉRIFIER SES CONNAISSANCES

1

Activité	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Dépistage de la phénylcétonurie		X	
Lavage des mains	X		
Vaccination antitétanique	X		
Traitement de séquelles de fracture			X
Lutte antitabac pour l'infarctus du myocarde et le cancer du poumon	X		
Diminution de la consommation de graisses saturées dans la prévention des cardiopathies ischémiques	X		
Prévention des récidives d'accident vasculaire cérébral par les antiagrégants		X	
Congé maladie		X	
Rééducation des coronariens			X

2

– 1978 : la déclaration d'Alma-Ata pour la promotion des soins de santé primaire et l'accès de tous à un niveau de santé acceptable.
– 1986 : la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.
– 1992 : la charte de Budapest définissant les objectifs du réseau Hôpitaux promoteurs de santé.
– 1994 : la charte d'Aalborg des villes européennes pour le développement durable.
– 1997 : la déclaration de Vienne posant les principes d'action d'un hôpital promoteur de santé.
– 1997 : la déclaration de Jakarta pour la promotion de la santé au XXIe siècle.
– 1998 : la déclaration d'Athènes sur les Villes santé.
– 2003 : la déclaration de Belfast sur les Villes santé et le développement durable.
– 2005 : la charte de Bangkok pour répondre aux enjeux de la santé.

3

Un commentaire agrémente les réponses pour plus de connaissance[18].

	Vrai	Faux
La prévention consiste à informer la personne des dangers	x	x
Mettre en avant les arguments sanitaires et informer les individus des dangers encourus du fait de leurs comportements est nécessaire. Mais les actions de communication ont pour but la promotion de la santé autant que la prévention des pathologies, sans nécessairement se focaliser sur une seule pathologie ou un facteur de risque. Pour être réellement efficace, il convient de proposer aussi une image valorisante des comportements sains ainsi que des solutions concrètes pour accompagner le changement comportemental. Par exemple, plus que la lutte contre l'obésité, il faut une approche positive et non normative de la nutrition, évitant la culpabilisation individuelle.		

18 Source : *Centre d'analyse stratégique, nouvelles approches de la prévention en santé publique*, mars 2010, Rapport au ministre.

	Vrai	Faux
La prévention a tout à gagner à s'adresser au plus grand nombre	x	x
• Améliorer les connaissances du public le plus large possible est nécessaire. Cependant, la difficulté majeure de toutes les campagnes de prévention primaire non spécifiques est qu'elles risquent de n'atteindre que les populations déjà sensibilisées aux bonnes pratiques sanitaires. Elles comportent donc le danger d'aboutir à un accroissement des inégalités sociales de santé. De plus, les stratégies de prévention dégagent fréquemment un meilleur rapport coût/efficacité lorsqu'elles sont ciblées.		
La prévention permet de faire des économies		x
• Si la prévention améliore la santé et sauve des vies, elle a également un coût, et concerne davantage d'individus que le soin, de sorte qu'il n'est pas automatique que son développement entraîne des gains immédiats. Faire davantage de prévention n'est donc pas à préconiser dans un souci d'économie, mais dans celui d'améliorer le bien-être des individus.		
La prévention est question de responsabilité individuelle		x
• La responsabilité individuelle, qui devrait pousser les personnes à faire les choix favorables à leur santé, peut seulement s'exercer lorsque l'environnement s'y prête. L'environnement a un impact majeur.		
Plus on est touché par un problème, plus on est attentif à un message de prévention s'y rapportant		x
• Ce sont les populations les plus concernées qui sont les moins touchées par les campagnes, au risque d'accroître les inégalités de santé. Ce constat est retrouvé dans l'immense majorité des domaines de la prévention. Certains sont dans l'incapacité physique (du fait de la dépendance) mais aussi financière d'adopter les comportements recommandés. • En outre, il existe des réactions de déni et de défense face au problème (surtout s'il y a sentiment d'être stigmatisé). • Enfin, la prévention peut être vécue comme une volonté dogmatique voire hygiéniste, ce qui suscite des refus de s'y plier.		
Il faut choquer pour marquer les esprits	x	x
• Des études démontrent que les campagnes les plus fortes émotionnellement attirent plus l'attention mais sont moins bien mémorisées que les autres. Or favoriser l'attention et la mémorisation sont deux objectifs clés des stratégies d'information. L'émotion véhiculée par le message doit trouver un juste milieu entre des visuels ou des termes « choc », et une sémantique appropriée pour la population cible, afin qu'elle s'identifie et s'y reconnaisse.		
La prévention de l'obésité doit commencer au plus tôt	x	
• Sortir d'une situation d'obésité ou de surpoids est difficile, ce qui conduit à privilégier la prévention pour éviter sa survenue. Il y a une corrélation forte entre l'indice de masse corporelle à l'âge de 6 ans et celui à l'âge adulte, en raison notamment de la forte capacité de formation des cellules adipeuses au cours de la petite enfance. De plus, il existerait une dérégulation progressive du système de satiété : se modérant spontanément dans leurs premières années, les enfants deviennent de plus en plus sensibles aux signaux environnementaux fournis par les produits. Enfin, agir précocement est nécessaire car c'est au cours de l'enfance que se déroule le processus d'apprentissage et de socialisation du goût. • Le caractère ludique des initiatives est à privilégier pour le jeune public.		
Il n'y a aucun lien entre savoir combien de fruit et légumes il faut manger quotidiennement et le faire		x
• L'amélioration du message et de sa mémorisation n'entraîne pas nécessairement une modification du comportement des consommateurs. Si la connaissance du « repère » fruits et légumes a progressé de 2,5 % à 28,1 % entre 2002 et 2008, la proportion de Français ayant consommé la veille de l'enquête les cinq portions recommandées n'a évolué que de 10 % à 11,8 %. • Cependant, ce constat doit être nuancé : il y a une association significative entre la connaissance du repère et l'atteinte de celui-ci, la veille, en nombre de prises alimentaires. Ainsi, 14,6 % des individus âgés de 19 à 75 ans ayant déclaré qu'il faut manger au moins cinq fruits et légumes par jour pour être en bonne santé l'ont effectivement fait la veille, contre 10 % de ceux qui ne le savaient pas.		

4

Modèle de santé	Causes du problème	Stratégies principales
Biomédical	Âge, hypercholestérolémie, plaque d'athérome, thrombose	Traitement médicamenteux Pose de stent Suivi médical
Comportements sains	Mode de vie : tabagisme, alimentation riche en lipides, activité physique insuffisante, stress, surcharge pondérale	Régime hyposodé et hypocalorique Éducation à la santé Éducation thérapeutique Lutte contre le tabagisme
Socio-environnemental	Milieu social Accès aux soins insuffisant Isolement social	Lutte contre les inégalités sociales de santé : équité dans l'accès aux soins, mobilisation citoyenne, conscientisation communautaire

5

	Prévention généralisée	Prévention sélective	Prévention indiquée
Public	Ensemble de la population	Sujets à risque	Malade
Buts	Maintenir, conserver, améliorer sa santé	Éviter la survenue de la maladie dont ils sont menacés	Gérer les traitements
Méthode	Promotion de la santé	Éducation pour la santé	Éducation thérapeutique

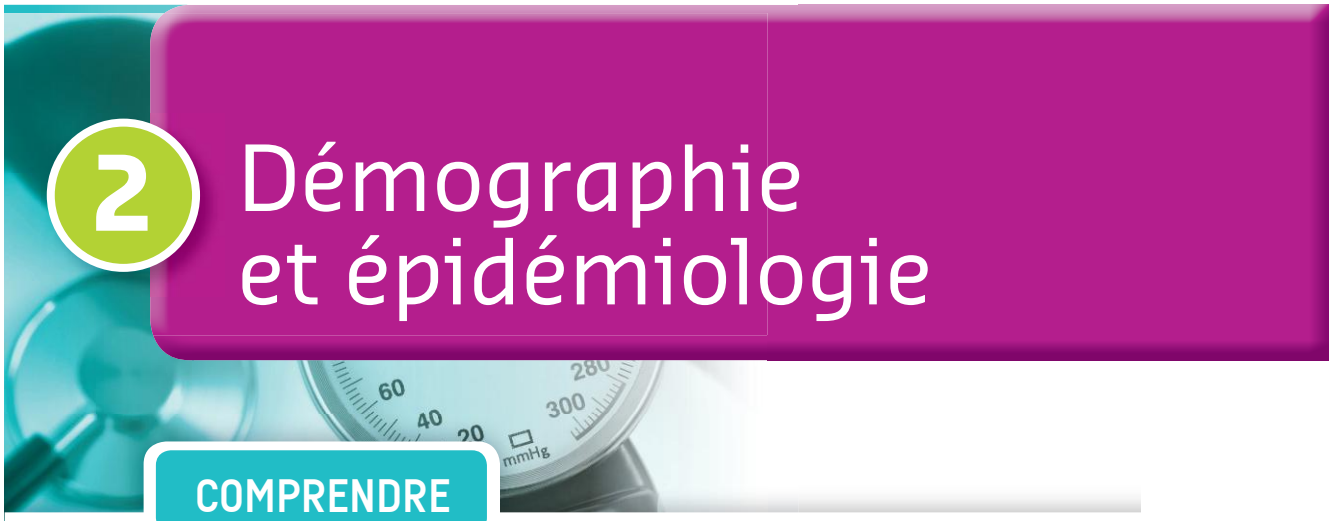
TRANSFÉRER À D'AUTRES SITUATIONS

1

Les facteurs de risque	Les facteurs de protection		
	Caractéristiques individuelles	Comportements personnels	Conditions socio-économiques
• Tabagisme • Antécédents familiaux de cancer • Isolement familial • Divorce : stress • Peu de relation et de réseau de soutien	• Optimisme	• Activités sportives quotidiennes • Activités intellectuelles et de loisirs	• Enseignant ayant une espérance de vie parmi les plus favorables • Disposant de nombreux congés • Son logement et son cadre de vie sont confortables • Il est à proximité géographique des ressources

2

Famille	Équateur	Allemagne	Inde
Déterminants géographiques	Climat d'altitude, de montagne : froid, vent, peu d'agriculture, pas d'élevage de bovin, accès à l'eau limité	Pays à climat froid l'hiver : alimentation riche, présence de la mer : pêche Élevage porcin, peu d'agriculture (pomme de terre, blé)	Pays tropical : peu d'élevage, agriculture, conservation des aliments : chaleur, mousson
Déterminants sociologiques	Amérindiens, peuple originaire du pays, vivant à l'écart sur un mode de vie traditionnel Nombre d'enfant important, pas de contrôle des naissances, analphabétisme	Tradition : consommation de bière, de porc Conscience écologique Mode de vie et rythme de travail laissant peu de temps pour cuisiner Participation des deux parents à la préparation des aliments	Alimentation végétarienne Hindouisme Mode de vie traditionnel Niveau scolaire élevé Repas en famille Répartition sexuée des activités culinaires : la femme
Déterminants politiques	Pays économiquement pauvre, en développement, pas d'infrastructure (route, transport, industrie) pas d'accès à l'éducation	Pays industrialisé européen, démocratie, crise économique	Pays traditionnel, rural et de secteurs tertiaires (services) en pleine mutation Système de caste
Déterminants économiques	Coût : 2,60 euros/personne	Famille des classes moyennes : budget limité Coût : 93,75 euros/personne	Famille des classes moyennes : ressources financières disponibles Coût : 8 euros/personne
Alimentation	Alimentation de survie Peu de variété alimentaire Produit agricole Absence de protéines animales, alimentation basée sur les légumineuses, apport de calcium et autres vitamines très limités : carences ?	Alimentation industrielle, riche en sucre, en protéines animales et en graisse, nombreux substituts alimentaires	Riche en légumes et en protéines végétales, pauvre en protéines animales



2 Démographie et épidémiologie

COMPRENDRE

LA DÉMOGRAPHIE

Les définitions

Selon l'Institut national d'études démographique, la démographie est l'étude des populations, de leur effectif, de leur composition par âge, sexe, statut matrimonial, etc., et de leur évolution future. La démographie est une discipline quantitative qui ne considère jamais l'individu isolé mais des ensembles humains dans leur structure et leur évolution.

Elle étudie les variables quantitatives et qualitatives des populations. La démographie décrit ainsi la composition et l'évolution d'une population et compare les populations entre elles à l'aide d'indicateurs tels que la pyramide des âges, les taux de natalité, fécondité, nuptialité, mortalité, migrations, etc[1].

Elle éclaire les évolutions futures grâce aux *projections de population*, c'est-à-dire la population future évaluée en fonction d'hypothèses sur l'évolution de la fécondité, la mortalité et les migrations. Ces projections indiquent les besoins probables dans quelques années en nombre de places en maternité, en crèche, à l'école, en maison de retraite et en établissements de soins.

La démographie, par les informations qu'elle apporte, sert de base aux politiques démographiques et aux politiques de santé ; elle aide aux prises de décision dans les études épidémiologiques.

Pour les acteurs de santé publique, médecins et infirmiers, elle apporte des éléments de compréhension lors de l'élaboration de projets de santé. Ses résultats font partie des éléments incontournables à rechercher lors du recueil de données dans une démarche de santé publique.

Les méthodes

En France, l'Institut national d'études démographiques (Ined) est la principale institution de recherche en démographie. La démarche démographique se décompose en trois temps : la collecte des données, le dépouillement et traitement des données, l'analyse et l'exploitation des résultats. Diverses informations statistiques sont fournies par les recensements, les enquêtes ainsi que par l'état civil et sont complétées par des données produites par les organismes reconnus scientifiquement.

1 Source : http://www.cite-sciences.fr/lexique

Le recensement

C'est le recueil exhaustif d'informations minimales organisées périodiquement, pendant une période fixe et courte, sur toute l'étendue d'un territoire. Il permet de réaliser le bilan complet d'une population à un moment donné ; c'est une méthode précise mais la technique est lourde, chère, peu applicable dans les pays ayant une faible structure administrative. En France, les communes ont la responsabilité, tous les 5 ans, de préparer et de réaliser les enquêtes de recensement. L'Insee organise et contrôle la collecte des informations.

Les enquêtes et sondages

Il s'agit d'études systématiques de certaines personnes ou groupe de personnes (ménage) appartenant à une population, qui sert généralement à déduire les caractéristiques ou les tendances démographiques d'un segment plus large ou de toute la population.

- Une population est l'ensemble des unités étudiées en statistiques et définies par des caractéristiques communes (âge, sexe, condition de vie…).
- Un échantillon est un sous-ensemble d'unités accessibles à l'observation et effectivement étudiées. C'est une sous-partie d'une population. En théorie, un échantillon ne peut être représentatif d'une population que s'il est tiré au sort. En pratique, ça n'est que rarement le cas, et la description des caractéristiques des sujets constituant l'échantillon permet de juger de sa représentativité.
- Un ménage est composé de l'ensemble des occupants d'un même logement, quels que soient les liens qui les unissent (exemple un couple et ses enfants, une famille monoparentale).

Les sources administratives d'information

L'état civil est un système d'enregistrement des naissances, des mariages et des décès et de tous les événements qui modifient l'état civil : adoption, changement de nom, divorce, légitimation ou reconnaissance d'enfants. Dans certains pays, les registres de population contiennent aussi l'adresse des personnes, ce qui permet de compter également les entrées et les sorties du territoire, et donc le solde migratoire.

Les autres sources de données

Elles sont issues principalement des fichiers et des études de divers organismes.

- L'Institut national de la statistique et des études économiques : Insee ;
- L'Organisation de coopération et de développement économique : OCDE ;
- L'Institut national de la santé et de la recherche médicale : Inserm ;
- L'Institut national d'études démographiques : Ined ;
- L'Office statistique des communautés européennes : Eurostat ;

Les chiffres présentés dans ce chapitre ont pour sources l'Ined et l'Insee.

Les indicateurs démographiques

Un indicateur démographique est exprimé en taux et pour mille.

Le taux

Il s'agit de la mesure de la fréquence d'apparition d'un événement (par exemple le décès) dans une période de temps définie. Le numérateur correspond au nombre d'événements survenus

durant cette période et le dénominateur représente la population moyenne exposée à la survenue de cet événement durant cette période.

Le terme est souvent utilisé comme synonyme du mot proportion (ex. taux de masculinité).

En démographie, le dénominateur d'un taux est constitué par la population moyenne au cours de la période ; par opposition au quotient dont le dénominateur est la population initiale (BDSP[2]).

Les variables quantitatives

La natalité

Le taux de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année.

En France le taux de natalité est de 12,5/1000 en mars 2010.

La fécondité

Le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population féminine moyenne de l'année. La population féminine étant entendue comme les femmes fécondes entre 15 et 50 ans.

En France le taux de fécondité est de 1,99 en 2010.

La mortalité

Il s'agit du rapport entre le nombre de décès au cours d'une année et l'effectif de la population. Le taux de mortalité mesure la fréquence avec laquelle se produisent les décès.

Le taux brut de mortalité ou mortalité globale correspond au nombre de personnes décédées au cours d'une période de temps sur l'effectif moyen de la population exposée (il est en général calculé sur un an et est exprimé en taux pour 1000).

En France, en 2009, le taux de mortalité était de 8,56 pour 1000.

Les indicateurs spécifiques de mortalité sont établis en tenant compte d'un autre paramètre : par sexe, par tranches d'âges, par causes.

Exemple

En 2008, le taux de mortalité par cancers chez les hommes était de 373,5/100000.

2 Banque de données en santé publique.

La mortalité infantile

Elle correspond au nombre de décès d'enfants de moins d'un an rapporté au nombre de naissances vivantes. Le taux de mortalité infantile mesure la fréquence des décès d'enfants de moins d'un an. Il est exprimé pour 1 000 nouveau-nés.

La mortalité infantile enregistre des différences importantes d'un pays à l'autre : 150 pour 1 000 au Niger contre 3,33 pour 1 000 en France.

Les autres indicateurs spécifiques

- Mortalité prématurée : mortalité avant 65 ans.
- Mortalité néonatale : nombre d'enfants morts avant 28j/1 000 naissances vivantes.
- Mortalité périnatale : nombre de morts fœtales et de morts avant 7j/1 000 naissances (vivantes et mort-nés).

L'espérance de vie

L'espérance de vie à un âge donné est le nombre moyen d'années que peut espérer vivre une personne à partir de cet âge (si l'âge est 0, on parle d'espérance de vie à la naissance).

En 2009, l'espérance de vie à la naissance en France était de 77,7 ans pour les hommes, de 84,3 ans pour les femmes.

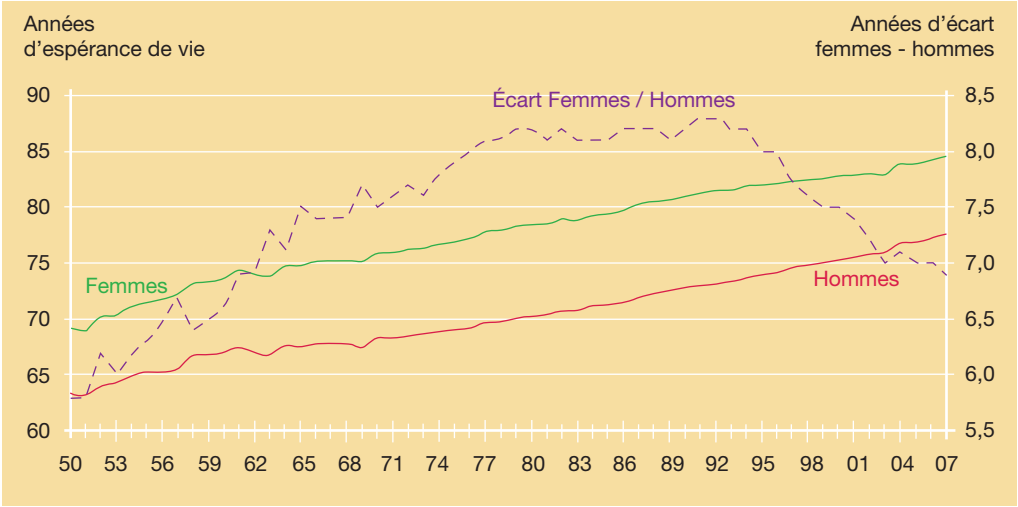


Figure 2.1. Espérance de vie hommes/femmes
Source : IRDES, 2009

La migration

C'est le déplacement d'une personne quittant son lieu de naissance ou de résidence pour un autre lieu. L'étude des migrations permet de relever les flux de population et d'établir des prévi-

sions sur l'accroissement naturel lié à l'apport migratoire qui peut permettre à la population de se maintenir, voire d'augmenter.

En France, les entrées étaient en moyenne de 220000 par an entre 1974 et 1982, les flux annuels étant estimés à 192535 en 2007, toutes nationalités confondues.

La répartition de la population

La pyramide des âges

La pyramide des âges est un graphique qui illustre la composition d'une population par sexe, les hommes à gauche et les femmes à droite, et par âge, selon une échelle verticale, à un instant donné, sur un territoire donné.

Son nom vient de la forme du graphique lorsque la population a une forte natalité et une forte mortalité : il est élargi à la base et étroit au sommet.

La pyramide des âges est le reflet de la composition par sexe et âge d'une population et révèle en un coup d'œil son régime démographique et son histoire sur près d'un siècle.

Une génération

Une génération est un groupe de personnes nées la même année. En comparant l'effectif d'une génération et l'effectif des enfants qui en sont issus, on détermine si le remplacement de la génération est assuré. Le remplacement des générations désigne le remplacement nombre pour nombre des générations en âge de procréer par les générations naissantes. On mesure le remplacement de la génération des mères en comparant l'effectif des femmes d'une génération à celui de leurs filles. Le remplacement est assuré si les filles sont aussi nombreuses que les mères.

La transition démographique

Elle désigne le passage d'un régime traditionnel où la fécondité et la mortalité sont élevées et s'équilibrent à peu près, à un régime où la natalité et la mortalité sont faibles et s'équilibrent également. Celle-ci débute dans une société lorsque la mortalité se met à baisser sous l'effet des progrès socio-économiques et sanitaires. Cette baisse entraîne un déséquilibre entre les naissances, toujours nombreuses, et les décès moins nombreux. La population connaît alors une forte croissance démographique. Avec un retard par rapport à la mortalité, la natalité se met à baisser à son tour, les familles limitant les naissances jusqu'à n'avoir plus que deux enfants en moyenne, ce qui assure le remplacement des générations lorsque la mortalité est basse. La croissance cesse alors, la pyramide des âges perd sa forme de pyramide pour prendre celle d'un cylindre, voire même d'une toupie si la fécondité diminue en dessous du seuil de remplacement des générations.

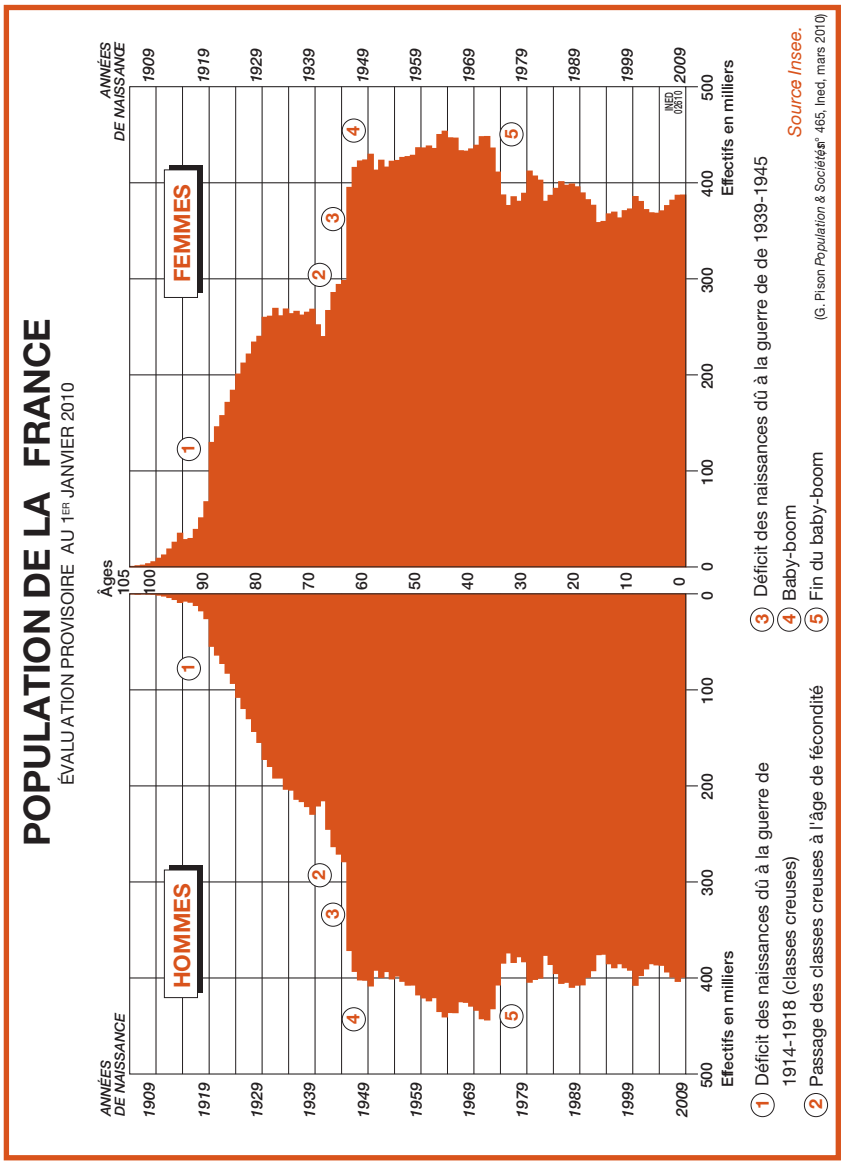


Figure 2.2. Pyramide des âges

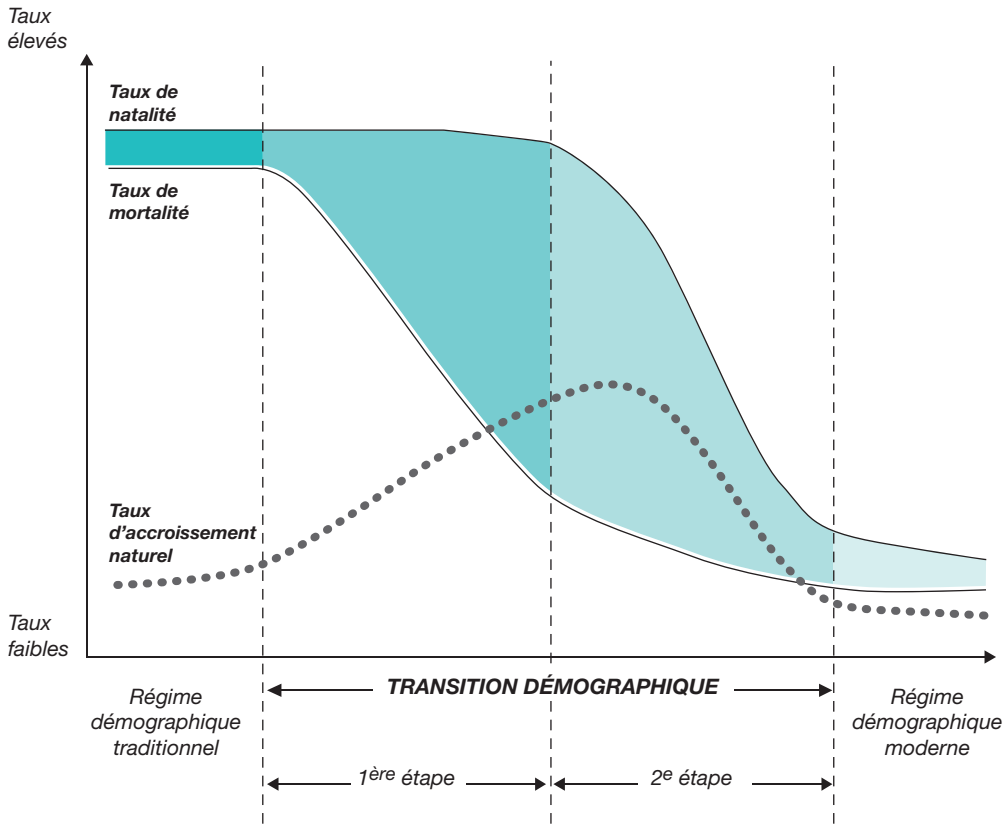


Figure 2.3. Transition démographique

La longévité

La longévité correspond à la durée de la vie. Estimée à 100 ans à la fin du XVIIIe siècle[3], la longévité maximale a été repoussée depuis. Le record détenu par la Française Jeanne Calment, morte en 1997 à l'âge de 122 ans, a été battu par une Brésilienne de 126 ans. L'idée qu'il existe une limite absolue à la durée de vie humaine est de plus en plus abandonnée. Le nombre de centenaires est d'ores et déjà appelé à se multiplier dans les prochaines années. De 14 944 en France en 2009, ils pourraient être 60 000 voire davantage en 2050.

Le vieillissement démographique

Le vieillissement démographique désigne l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans une population. Il vient de la diminution de la fécondité et de l'allongement de la durée de vie moyenne. Le vieillissement démographique est une conséquence de la transition démographique. Il touche tous les pays du monde et sera plus rapide dans les pays du Sud que dans ceux du Nord, la transition s'y étant effectuée plus vite.

3 Estimation par Georges-Louis Leclerc de Buffon, naturaliste des années 1750, inspirateur de Darwin pour la théorie de l'évolution, auteur d'*Histoire naturelle de l'homme* dans lequel il propose une théorie sur l'évolution du vivant.

Les variables qualitatives

Les catégories socioprofessionnelles

La *nomenclature des Professions et des catégories socioprofessionnelles (PCS)* classe la population selon une synthèse de la profession (ou de l'ancienne profession), de la position hiérarchique et du statut (salarié ou non). Elle comporte trois niveaux de classification : les groupes socioprofessionnels (8 postes), les catégories socioprofessionnelles (24 et 42 postes) et les professions (486 postes).

PCS 2003	Niveau 1 - Liste des catégories socioprofessionnelles
Code	Libellé
1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures
4	Professions intermédiaires
5	Employés
6	Ouvriers
7	Retraités
8	Autres personnes sans activité professionnelle

Tableau 2.I. Classification GSP, groupes socioprofessionnels

La taille des ménages

Cet indicateur permet de rendre compte de l'évolution sociologique de la famille.

La politique démographique

Une politique de population est un ensemble de mesures prises par un État pour modifier l'évolution de sa population. Elle peut tendre soit à augmenter la population en favorisant la natalité ou l'immigration, soit à la diminuer en limitant les naissances.

Exemples

- En Chine la politique de l'enfant unique en place depuis les années 70 a considérablement fait chuter la fécondité.
- Certains pays favorisent la natalité en limitant le contrôle des naissances, en empêchant la diffusion de la contraception et en interdisant l'avortement.
- L'État français a développé une politique nataliste visant à encourager les naissances par des aides et allocations diverses pour la grossesse et la naissance ainsi que les congés maternités.

L'évolution de la population dans le monde

La population mondiale est composée de 6 863 818 710 (6,8 milliards) d'êtres humains en 2010. Son effectif augmente tous les jours sous l'effet de la croissance démographique. Les statistiques de population mondiale sont régulièrement mises à jour tous les deux ans par la Division de la population des Nations unies en prenant en compte les statistiques démographiques des différents pays. Leur fiabilité varie d'un pays à l'autre car l'état civil est encore incomplet dans beaucoup d'entre eux.

Aujourd'hui, partout sauf en Afrique subsaharienne, la transition démographique a pris fin et le vieillissement de la population constitue l'un des changements sociaux majeurs du XXIe siècle. Depuis 2003, l'humanité a franchi un cap décisif : une majorité d'habitants vit désormais dans un pays où le taux de fécondité est inférieur à 2,1 enfants par femme, le seuil de renouvellement de la population. La population mondiale compte 27,2 % d'enfants de moins de 15 ans et 7,6 % de plus de 64 ans. L'espérance de vie mondiale est de 66,5 ans avec de grandes disparités selon les pays passant de 38,2 ans en Angola à 82,1 au Japon.

L'évolution de la population en France

Grâce à une période de croissance démographique entre les années 1946 à 1975 appelée *baby-boom*, les effectifs ont augmenté de 18 millions de personnes en cinquante ans. La baisse continue de la mortalité, et de la mortalité infantile en particulier, ainsi qu'une forte immigration expliquent un important rattrapage qui a permis à la démographie de la France de se porter un peu mieux que celle des autres États d'Europe.

Selon l'Insee, au 1er janvier 2010, la population française compte 64,7 millions d'habitants.

La part des personnes de 60 ans ou plus continue d'augmenter et atteint près de 23 %. Ce sont surtout les personnes de plus de 75 ans qui sont de plus en plus nombreuses. En vingt ans, leur nombre a augmenté de plus de 1 700 000 pour représenter 8,7 % de la population française au 1er janvier 2009. Dans le même temps, l'effectif des moins de 20 ans diminue de 3 % environ et constitue un quart de la population. Ils représentent 24,9 % de la population.

Avec 2,02 enfants par femme, la France bat un record de naissances au sein de l'Union européenne. En termes d'effectif, la France est au deuxième rang derrière l'Allemagne (82,1 millions d'habitants). L'âge moyen de la maternité atteint 30 ans. 21,5 % des enfants nés en 2008 ont une mère âgée de 35 ans ou plus et 52 % des naissances sont hors mariage.

En termes d'espérance de vie, les garçons nés en 2008 peuvent espérer vivre 77,5 ans et les filles 84,3 ans. Avec un taux de mortalité infantile de 3,8 pour 1 000, la France se situe derrière les pays nordiques ayant un taux de mortalité infantile inférieur à 3 pour 1 000.

Compte tenu de ces facteurs et en l'absence d'une immigration capable de compenser les déficits, la population de la France pourrait diminuer dans un quart de siècle environ.

L'ÉPIDÉMIOLOGIE

Les définitions

L'épidémiologie[4] est la science qui étudie la distribution, la fréquence et les déterminants des maladies, des blessures ou de tout autre problème de santé, auprès d'une population et qui applique les données révélées par l'étude au contrôle de ces problèmes de santé.

Au début du XXe siècle, l'épidémiologie était la science des maladies contagieuses, mais elle s'est développée et englobe désormais tous les domaines influençant la morbidité et la mortalité. L'épidémiologie tente de décrire les différents facteurs (biologiques, environnementaux, mode de vie, soins de santé) qui influencent la santé. Elle cherche à la fois à quantifier la fréquence d'un événement de santé dans une population, et à déterminer ses causes. L'objectif final est d'identifier, pour pouvoir les limiter ou les éliminer, les facteurs en cause dans la survenue de l'événement de santé.

Exemple

La surmortalité due à la canicule en 2003 a soulevé un ensemble de questions auxquelles l'épidémiologie s'est efforcée de répondre pour envisager la gestion immédiate et future de l'événement.

- Quand et où le phénomène a-t-il démarré ? Quelle est son ampleur ?
- Qui sont les principales victimes ? Existe-t-il des cas inconnus ?
- Quelle est la cause du phénomène ? Comment se diffuse-t-il ?
- Comment le phénomène évolue-t-il ? Quelles actions peuvent être mises en œuvre pour l'enrayer ?

L'infirmier, selon le secteur d'activité où il exerce, peut participer à des actions de recherche épidémiologique[5] :

- étude sur la fréquence des infections nosocomiales dans un service hospitalier ;
- relevé de paramètres sur les enfants en santé scolaire ;
- suivi du saturnisme en PMI ;
- enquête sur le stress des salariés pour l'infirmière de santé au travail ;
- participation à la surveillance d'une épidémie lors d'une mission humanitaire ;
- participation à un essai thérapeutique ;
- réquisition dans le cadre d'une crise sanitaire ;
- participation à une recherche en soins infirmiers.

4 BDSP, 2010.

5 Se référer à l'article R.4311-15 du *Code de la santé publique* relatif à l'exercice de la profession d'infirmier).

Les méthodes

L'épidémiologie fait appel à des méthodes, des techniques et se sert d'indicateurs pour mesurer la santé. Différents types d'études épidémiologiques permettent de recenser l'évolution de la fréquence d'un événement de santé et d'identifier des facteurs de risque associés.

Les facteurs de risque

Les facteurs de risques sont les caractéristiques d'un individu qui peuvent être associées à la survenue d'une maladie particulière :

- âge ;
- sexe ;
- maladies déjà existantes ;
- caractéristiques génétiques ;
- cadre de vie ;
- comportements alimentaires ;
- etc.

En épidémiologie, un facteur de risque est l'ensemble des variables liées statistiquement à la survenue d'un événement. Il s'agit d'une caractéristique individuelle ou collective, associée de manière causale à l'augmentation de l'incidence de la maladie ou à un problème de santé dans une population et par conséquent à l'augmentation de la probabilité d'un développement individuel de la maladie ou d'un problème de santé.

Exemple des maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires sont favorisées par un certain nombre de facteurs de risque. Hormis l'hérédité, le sexe et l'âge, les principaux facteurs de risque cardio-vasculaire[6] sont modifiables :

- le tabagisme : presque toutes les personnes faisant un infarctus avant 45 ans sont des fumeurs. Entre 30 et 70 ans, 4 décès cardio-vasculaires sur 10 sont dus au tabagisme ;
- une élévation permanente de la tension artérielle ou hypertension artérielle (HTA) ;
- le diabète, qui se définit par un excès de sucre dans le sang ;
- l'hypercholestérolémie : une élévation du taux des graisses du LDL-cholestérol dans le sang représente un facteur de risque déterminant. Un HDL-cholestérol bas est également un facteur de risque ;
- l'excès de poids ou l'obésité : la valeur du tour de taille comporte en elle-même une bonne valeur indicative d'un risque vasculaire. Il faut être vigilant si le tour de taille est ≥ 88 cm chez la femme et ≥ 102 cm chez l'homme ;
- la sédentarité : c'est aussi l'un des ennemis de nos artères en contribuant à la survenue ou à l'aggravation de plusieurs facteurs de risque (hypertension artérielle, diabète, surpoids, hypercholestérolémie...).

6 Source : Fédération française de cardiologie.

2 Démographie et épidémiologie

Les facteurs de risque ne sont pas obligatoirement la cause de la maladie, ils ne s'additionnent pas, ils se potentialisent, c'est-à-dire qu'ils s'aggravent l'un l'autre. Ainsi, l'association de plusieurs facteurs de risque, même de faible intensité, peut entraîner un risque très élevé d'être atteint d'une maladie cardio-vasculaire.

➥ Par exemple, une tension artérielle modérée, un cholestérol moyennement élevé chez un petit fumeur : cette personne est plus exposée à un risque cardio-vasculaire que celui qui aura un cholestérol très élevé isolément.

Type de facteurs	Exemples	
	Maladie	Facteur de risque
Alimentaires	Douve du foie	Consommation de cresson mal lavé
Comportementaux	Sida	Partage de seringue entre usagers de drogue
Iatrogènes	Infection nosocomiale	Absence de lavage des mains
Génétiques	Cancer du sein	Mutation des gènes BCRA
Environnementaux	Gale du ciment	Métier du bâtiment au contact du ciment

Tableau 2.II. Les facteurs de risque

Dans le champ de l'épidémiologie, deux approches sont distinguées :

- l'étude des phénomènes selon les pathologies ;

➥ **Exemples**
Maladies infectieuses, pathologies liées à l'environnement, maladies chroniques, accidents de la vie courante, pathologies mentales et suicides, pathologies iatrogènes…

- l'approche « populationnelle », l'étude des groupes humains en fonction de leur vulnérabilité globale.

➥ **Exemples**
Les femmes, détenus, migrants, SDF, réfugiés, usagers de drogue…

On parle alors de groupes à risque.

Le groupe à risque

Un groupe à risque correspond à un ensemble de personnes exposées à des facteurs de risque connus, en raison de leur condition biologique, sociale ou économique, de leurs comportements ou de leur environnement, et qui sont plus prédisposées que le reste de la population à certains événements, comme la survenue d'une maladie.

Le risque en épidémiologie

Le concept de risque est utilisé dans diverses sciences où il signifie « danger, aléa[7] ». En épidémiologie, le risque correspond à la probabilité de survenue d'un événement (maladie ou décès) pour un individu pendant une période de temps défini.

Il faut distinguer le risque calculé par l'épidémiologiste, le risque réel pour un individu, non calculable, et le risque ressenti par les individus et les groupes qui est subjectif.

Exemple

Lors de l'épidémie de Sras qui ne comptabilisait que peu de cas humains de contamination, un nombre important de voyages a été annulé et le phénomène a fait grand bruit dans les médias; paradoxalement, les accidents de la route, dont les victimes sont incomparablement plus élevées, ne soulèvent pas de réaction majeure dans la population.

Il peut être très difficile de montrer qu'un facteur est absolument sans effet sur le risque de maladie. En effet, une étude ne montrant pas d'augmentation significative du risque d'une maladie donnée chez les sujets exposés n'apporte pas la preuve de l'innocuité absolue de ce facteur. On dit que l'absence de preuve de risque n'est pas la preuve de son absence.

La mesure du risque

Les deux indicateurs principaux utilisés pour mesurer la force de l'association entre la maladie et le facteur sont le **Risque relatif (RR)** et l'**Odd Ratio (OR)**.

Le Risque relatif (RR)

On le trouve également sous la dénomination **Hazard ratio (HR)**. Le risque relatif est le rapport de l'incidence de la maladie chez les exposés à l'incidence de la maladie chez les non exposés.

Exemple

Le RR de développer un cancer du poumon quand on a fumé depuis l'âge de 15 ans pendant plus de 30 ans est de 15. Cela signifie qu'un fumeur ayant fumé pendant 30 ans depuis l'âge de 15 ans a 15 fois plus de risque de faire un cancer du poumon qu'un non-fumeur.

Le RR varie de 0 à l'infini.

- Si le RR est significativement supérieur à 1, il s'agit d'un facteur de risque.
- Si le RR est significativement inférieur à 1, il s'agit d'un facteur protecteur.

Il est utilisé dans les enquêtes prospectives et se calcule par la formule suivante :

RR = Population exposée/population non exposée

Le Ratio et Odd RATIO (OR)

En épidémiologie, le **Ratio** exprime généralement le nombre de personnes affectées par rapport au nombre de personnes non affectées, et non par rapport à la population totale (affectée + non-affectée). Ce peut être aussi le rapport entre deux valeurs qui mesurent des événements

7 Voir les volumes 7 et 20 (à paraître) *Gestion des risques* et *Accidents de la vie, handicap et maladie* chronique, dans la même collection.

différents au numérateur et au dénominateur, ou encore le rapport des mesures d'un même phénomène sur deux populations différentes (ex. : ratio femme/homme).

L'Odd-ratio (littéralement « étrange rapport ») quant à lui est un indice d'écart ou « risque relatif estimé ». Il est utilisé dans les enquêtes rétrospectives (dans lesquelles on ne peut pas calculer le RR puisqu'on ne dispose pas de la fréquence des malades mais de la fréquence des exposés).

Il approche le risque relatif seulement quand la fréquence de la maladie est faible, quand les malades sont représentatifs de l'ensemble des malades de la population et les témoins représentatifs des non-malades dans la population.

Les indicateurs de l'état de santé d'une population

Les indicateurs indirects de l'état de santé

Les indicateurs de moyens décrivent le système de santé :

- indicateurs d'équipement : nombre de lits d'hôpital, nombre d'IRM ;
- indicateurs de personnel : nombre d'infirmiers, de médecins ;
- indicateurs de production : évaluation de l'activité des structures sanitaires ;
- volume de production : nombre de journées d'hospitalisation, d'actes, d'accouchement de consultation... ;
- flux financiers.

Les indicateurs de morbidité

Cet indicateur mesure la fréquence des maladies ou des états de mauvaise santé d'une population. Il représente l'écart subjectif ou objectif vis-à-vis de l'état de bien-être idéal. La morbidité est mesurée par des taux de prévalence ou d'incidence.

On peut distinguer :

– la morbidité ressentie mais non exprimée ;

– la morbidité ressentie et exprimée ;

– la morbidité diagnostiquée.

- **Le taux d'incidence (incidence cumulée)**

Le taux d'incidence est le nombre de nouveaux cas d'une maladie ou d'un événement lié à la santé, dans une population donnée, durant une période de temps connue. L'incidence cumulée mesure le risque de devenir malade.

Il est calculé en divisant le nombre de nouveaux cas dans une population spécifique, durant une période de temps connue, par la population au début de la période.

Exemples

300 nouveaux cas d'une maladie chaque année pour 100 000 femmes de 35 à 64 ans, taux d'incidence annuelle = 300/100 000.

Dans une population de 500 personnes, on a relevé au cours de l'année 2010, 74 cas d'infarctus aigu du myocarde. Le taux d'incidence est donc de 148 pour 1 000.

Le taux d'attaque

Il s'agit d'un concept qui mesure la vitesse de propagation d'une maladie ou de tout autre problème de santé dans une population à risque. Ce taux est calculé en divisant le nombre d'apparitions de nouveaux cas de la maladie par le nombre d'unités personnes-temps à risque, dans une période donnée (une journée, une semaine ou un mois).

Pour le réseau Sentinelle de l'Inserm, l'incidence des consultations pour syndrome grippal, 8 cas pour 100000 habitants, est stable par rapport à la semaine précédente (10/100000, données consolidées au 20 avril 2010) et se situe en dessous du seuil épidémique (93 cas pour 100000 habitants) depuis plus de trois mois.

Le taux de prévalence

Il précise le nombre total de cas d'un événement de santé. Il prend en compte les nouveaux cas et les cas déjà présents au moment où débute l'enquête dans une population donnée. Une maladie est qualifiée de rare lorsque sa prévalence est inférieure à 1 cas sur 2000.

Le calcul du taux de prévalence s'effectue par le rapport du nombre total de cas dans une période de temps donnée/population exposée.

Exemple

400 cas d'une maladie chaque année pour 100000 femmes de 35 à 64 ans, taux de prévalence annuelle = 400/100000.

Le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en France (population estimée à 60 millions) s'élevait à 800000 environ en 2008 soit une prévalence de plus de 13 cas sur 1000 (ou 1,3 %)[8].

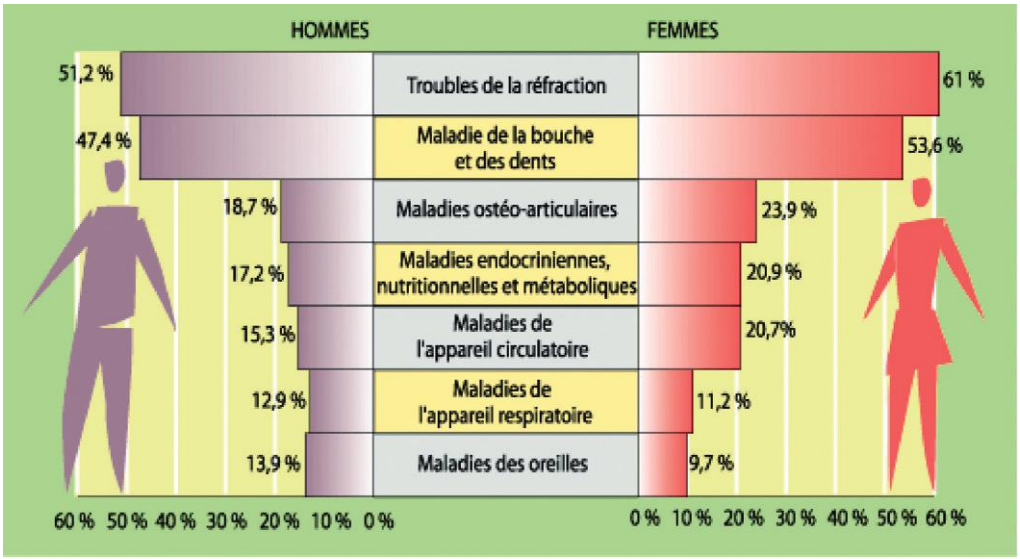


Figure 2.4. Prévalences des maladies et problèmes de santé selon le sexe. Source : IRDES, 2003

8 Plan Alzheimer 2008-2012

La létalité

C'est la proportion de malades atteints d'une affection qui décèdent de cette affection dans un intervalle de temps donné. Ce taux mesure la virulence d'une maladie. Il est calculé en divisant le nombre de décès causés par la maladie pendant une certaine période de temps par le nombre de patients affectés par la maladie durant cette même période. Le taux de létalité peut être calculé toutes causes confondues ou de façon plus spécifique par cause (létalité par cause).

Exemple

Le taux de létalité de la pandémie de grippe espagnole de 1918 était de l'ordre de 2,5 %.

La cause de décès

Il s'agit de l'identification de la maladie ou de la circonstance ayant entraîné la mort. Les causes de décès sont connues grâce aux informations que chaque médecin consigne sur le certificat de décès.

La statistique des causes de décès est établie dans chaque pays en utilisant une classification internationale des maladies. Elle permet de comparer les pays et d'étudier les évolutions dans un même pays.

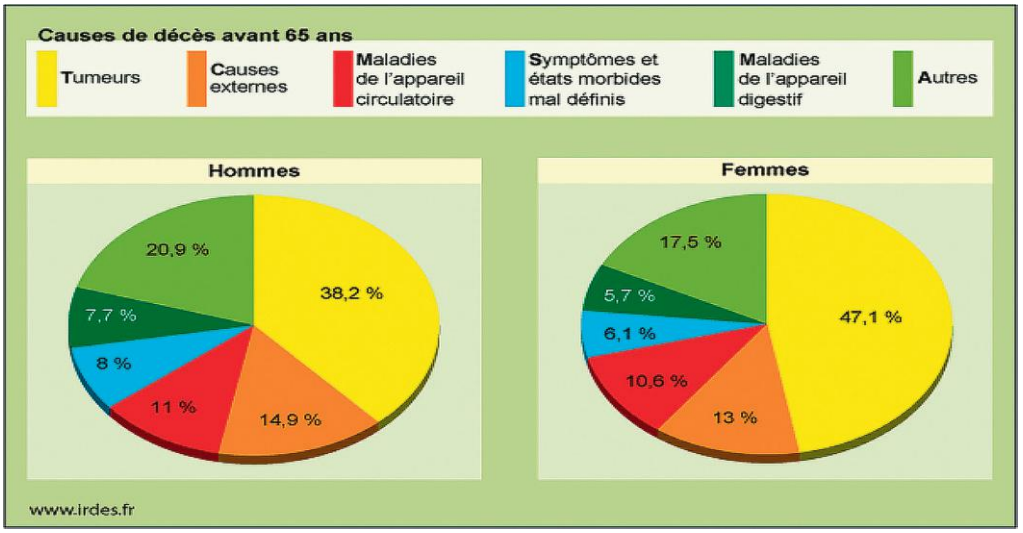


Figure 2.5. Causes de décès avant 65 ans chez les hommes et les femmes en France en 2005

Les domaines de l'épidémiologie

On classe l'épidémiologie en trois grands domaines, descriptif, analytique et évaluatif.

L'épidémiologie descriptive

Elle a pour objectif de décrire une question de santé dans un groupe de personnes ou dans une population. Elle fournira fréquence, répartition, évolution, caractéristiques de cet événement de santé.

Exemple

Pour estimer la fréquence de la surcharge pondérale, une enquête épidémiologique a été effectuée sur l'ensemble des élèves d'une agglomération. Il s'agit d'une enquête descriptive exhaustive transversale d'observation.

L'épidémiologie analytique

Elle a pour objectif d'étudier les liens entre un problème de santé et un ou des facteurs (les facteurs de risque) susceptibles d'influencer la survenue de ce problème de santé.

Exemple

Une enquête a pour objectif de comparer la fréquence des antécédents de tabagisme dans deux groupes de sujets : un groupe de cas, présentant un cancer du poumon, un groupe de témoins indemnes de cette affection. Il s'agit d'une enquête analytique, d'observation, rétrospective de type cas-témoins.

L'épidémiologie évaluative

Elle a pour objectif d'évaluer l'impact d'une action de santé, il peut s'agir d'un nouveau test diagnostique, d'une action de prévention, d'un essai clinique destiné à évaluer un nouveau médicament.

La démarche

La recherche épidémiologique procède par enquêtes. L'enquête est un outil de recherche mais une étude épidémiologique ne se résume pas à la réalisation d'une enquête. La démarche suit différentes étapes. Elle suscite le doute et le questionnement scientifique et interroge chaque étape.

Exemple de questionnement

- Sur l'objectif de l'enquête : De quel type d'étude s'agit-il ? Quels indicateurs sont utilisés ? Quel test est adapté à l'étude ?
- Sur le protocole : Quelle est la population cible ? Quelle stratégie d'échantillonnage est adoptée ? Quels effectifs ? Quels sont les biais prévisibles ? Comment effectuer le recrutement des sujets ? Quelle méthode d'enquête privilégier ?
- Sur l'analyse : l'enquête est-elle précise ? Prise en compte de la confusion et des biais ?
- Sur la restitution : Quel intérêt scientifique et pratique se dégage ?

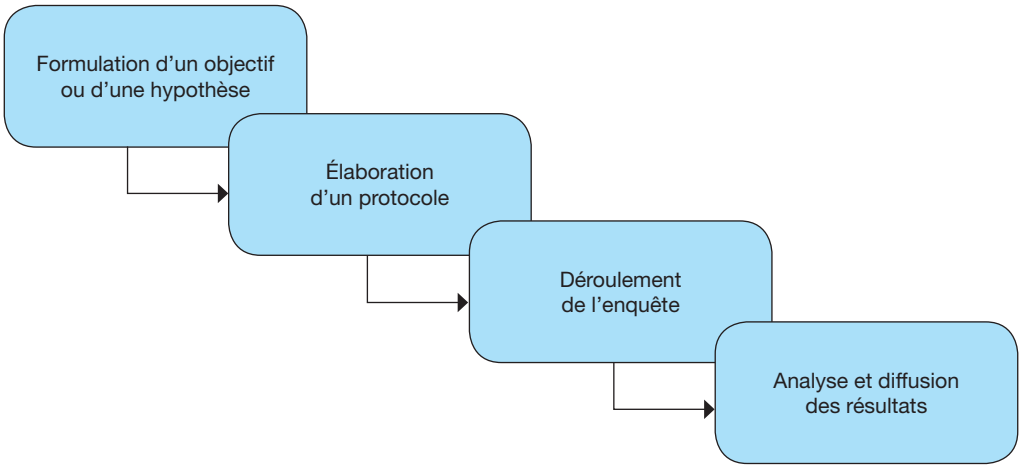

Formulation d'un objectif ou d'une hypothèse
Élaboration d'un protocole
Déroulement de l'enquête
Analyse et diffusion des résultats

Figure 2.6. Démarche épidémiologique

Le protocole d'enquête est un document qui définit préalablement l'enquête, c'est le cahier des charges. Il comprend les éléments suivants :

- identification des problèmes à résoudre ;
- les objectifs de l'enquête ;
- la population de référence ;
- la méthode et les modalités de la réalisation de l'enquête ;
- les analyses à effectuer ;
- l'évaluation ;
- la diffusion des résultats.

Les types d'enquête

Les études épidémiologiques peuvent être classées selon leur objectif, selon l'attitude de l'investigateur, selon la période d'étude et selon la population étudiée.

Les techniques et méthodes

	Études descriptives	Études étiologiques	Études d'évaluation
Selon l'objectif	• Description des maladies et des facteurs de risque : répartition dans l'espace et dans le temps	• Recherche des causes et des facteurs de risque des maladies	• Évaluation des pratiques médicales et préventives
Selon l'attitude de l'investigateur	• Observation	• Observation	• Observation • Intervention
Selon la population étudiée	• Échantillon ou population exhaustive	• Échantillon (rarement population exhaustive)	• Échantillon (rarement population exhaustive)
Selon la période d'étude	• Transversale • Longitudinale	• Longitudinale	• Longitudinale

	Études descriptives	Études étiologiques	Études d'évaluation
Exemples d'études	• Étude de prévalence • Étude d'incidence	• Cohorte, « exposés non-exposés » (prospectives) • « Cas témoins » (rétrospectives)	• Essais thérapeutiques • Évaluation d'un programme de dépistage

Tableau 2.III. Les études épidémiologiques

Le registre de morbidité

Il s'agit de l'enregistrement exhaustif et continu de tous les cas d'une maladie ou d'un événement de santé dans une zone géographique donnée. Un registre est une enquête exhaustive et longitudinale. Il permet d'estimer des taux d'incidence et de mortalité spécifique.

L'enquête de cohorte

Une cohorte se définit comme un groupe de sujets suivis dans le temps. Dans une enquête de cohorte, on constitue un échantillon représentatif de la population que l'on veut étudier. Dans cet échantillon, toutes les personnes initialement indemnes de l'événement de santé étudié sont suivies. L'objectif de ce suivi est de repérer l'apparition de l'événement de santé. Au moment de l'analyse, on comparera la fréquence de la maladie dans le groupe exposé au facteur de risque à la fréquence de la maladie dans le groupe non exposé à ce même facteur. Ce type d'étude permettra d'estimer des taux d'incidence et de mortalité.

Étude de cohorte (le plus souvent prospective)

Année n : échantillonage et mesure de l'exposition
Année n + 1 : suivi de la survenue de cas
Année n + x : suivi prospectif et comparaison entre sujets exposés et sujets non exposés
N-E : Sujets non exposés
E : Sujets exposés
Individus présentant l'événement de santé
Individus indemnes de l'événement de santé

Figure 2.7. Étude de cohorte. Source : Inserm, 2009

Exemple

La cohorte de Framingham est constituée d'environ 5 300 hommes et femmes recrutés dans la ville de Framingham (États-Unis) entre 1948 et 1952, et chez qui on a mesuré la survenue de maladies cardio-vasculaires ; le suivi des survivants et des descendants de cette cohorte est encore en cours actuellement. Cette étude a permis de mettre en évidence les principaux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires.

L'enquête transversale

Il s'agit d'une étude sur population (exhaustive) ou sur échantillon représentatif. Ce type d'enquête va permettre d'estimer des taux de prévalence.

Les enquêtes transversales répétées

Une enquête transversale peut être répétée plusieurs fois dans le temps sur une même population. Dans ce cas, un échantillon représentatif de cette population sera constitué à intervalle régulier. Ces échantillons ne seront pas constitués des mêmes personnes. L'intérêt de ce type d'enquêtes est de pouvoir suivre dans le temps, l'évolution de la prévalence d'un événement de santé ou de la fréquence d'un facteur de risque.

L'enquête rétrospective

L'enquête est conduite après la survenue de l'événement. On recherche donc les informations dans le « passé » soit en interrogeant les sujets (anamnèse), soit à partir de documents comme le dossier clinique.

L'enquête prospective

L'enquête est conduite avant la survenue de l'événement. C'est la surveillance de la population de l'étude qui permettra d'enregistrer les événements au fur et à mesure de leur apparition.

L'enquête cas-témoins

C'est une enquête rétrospective où l'on compare la fréquence du facteur d'exposition dans deux groupes : un groupe de malades, « les cas » présentant l'événement de santé étudié, et un groupe de sujets indemnes de cette affection, « les témoins ». Dans ce cas, l'exposition au facteur de risque est mesurée rétrospectivement le plus souvent. Dans ces études, le nombre de cas et le nombre de témoins sont fixés avant le début de l'étude.

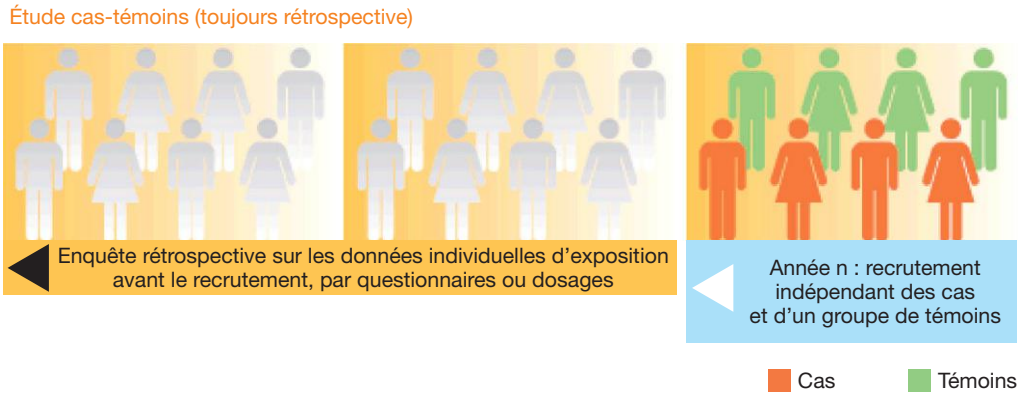

Étude cas-témoins (toujours rétrospective)
Enquête rétrospective sur les données individuelles d'exposition avant le recrutement, par questionnaires ou dosages
Année n : recrutement indépendant des cas et d'un groupe de témoins
Cas
Témoins

Figure 2.8. Étude de cas-témoins. Source : Inserm 2009

L'enquête exposés-non exposés

Il s'agit d'une enquête prospective (comme l'enquête de cohorte) dans laquelle le nombre de sujets exposés et non exposés est défini avant le démarrage de l'étude.

L'enquête écologique

Dans une enquête de corrélation écologique, l'unité d'observation n'est pas l'individu mais une population ou un groupe d'individus (une classe, un département, un pays...). Ces études s'intéressent aux relations entre les caractéristiques collectives d'une exposition relevée dans différentes populations et les valeurs des risques de maladie observées dans ces mêmes populations. Le terme écologique souligne le fait que les unités statistiques de ces études ne sont pas les individus mais des populations (ex. : corrélation entre des taux nationaux de mortalité par cancer et tabagisme de chaque pays).

Les résultats des études épidémiologiques

La fiabilité des résultats

L'incertitude

Sans remettre en cause la validité des travaux épidémiologiques, l'incertitude est une notion centrale dans la pratique et sa compréhension. Elle est inhérente à toute démarche scientifique.

En pratique, une part des incertitudes est quantifiée par l'intervalle de confiance ce qui correspond aux fluctuations d'échantillonnage. D'autres sources d'incertitudes sont liées aux biais de l'étude, parfois impossibles à quantifier ou à corriger. Elles sont liées à la variabilité qui existe entre chaque individu, ou aux biais. L'important est de les identifier et de les prendre en compte.

L'Intervalle de confiance (IC)

Il définit une valeur minimale et une valeur maximale entre lesquelles se situe, pour un risque d'erreur donné, la valeur exacte de l'ensemble de la population. Plus l'échantillon est grand, plus cet intervalle est réduit, et donc l'estimation est précise.

Le degré de confiance est en principe exprimé sous la forme d'une probabilité. Par exemple, un intervalle de confiance à 95 % a une probabilité égale à 0,95 de contenir la valeur du paramètre que l'on cherche à estimer.

Si l'on observe auprès d'un échantillon de 100 personnes que 4 sont atteintes d'une maladie, on peut dire que la véritable valeur dans la population de la fréquence de cette maladie est (avec un risque d'erreur de 5 %) comprise entre 0 et 8.

Dans ce cas, l'IC (à 95 %) est compris entre 0 et 8.

Sur 1 000 personnes tirées au sort, si l'on observe 52 malades, l'IC est compris entre 3,8 et 6,4 : l'estimation est plus précise.

Les biais de sélection

Ils désignent un ensemble de situations dans lesquelles l'effet de l'exposition sur le risque de maladie est incorrectement estimé du fait :

– d'une sélection non appropriée des populations comparées ;

– de données manquantes sur une partie de la population ;

– d'un nombre important de sujets perdus de vue en cours d'étude.

Une étude cherche à quantifier l'observance du traitement Antirétroviral sur une population concernée, au Mali.

Le recrutement se fait sur tous les cas VIH diagnostiqués dans un service infectieux et suivi par les unités de première ligne. Au bout d'un an, une partie des patients recrutés sont injoignables : absence de domicile fixe, décès non répertorié, éloignement géographique, problème économique,

Les résultats de l'étude comportent un biais : les données sont incomplètes.

Les biais liés aux erreurs de mesure

Ils surviennent dans l'acquisition (questionnaire, appareil plus ou moins précis, observateur), l'enregistrement ou la transmission des données sur la maladie, l'exposition ou toute autre caractéristique des sujets.

Évaluation du port du préservatif par un questionnaire dans un contexte où la sexualité est tabou ; les sujets de l'étude vont avoir tendance à sous-déclarer ou sur déclarer leur pratique.

Il existe une erreur de mesure sur le port du préservatif. Méconnue, cette erreur de mesure entraîne un biais dans l'étude sur les pratiques de prévention du VIH.

Les biais de confusion

On parle de biais de confusion lorsqu'à la fois, de façon indépendante, l'exposition et l'événement de santé sont influencés par un facteur extérieur qui n'a pas été pris en compte.

Exemple de facteur de confusion dans le cas de la contraception orale

Le recours à une contraception orale est plus fréquent chez les fumeuses. Le fait de fumer augmente le risque de thrombose veineuse. Il est dès lors difficile de savoir si l'augmentation du risque de thrombose chez les utilisatrices d'une contraception orale n'est pas liée en totalité ou en partie au tabac : on dit que le tabac est le facteur de confusion dans cette relation.

Les questions éthiques liées à l'utilisation de l'épidémiologie

L'épidémiologie est très encadrée en France par les lois de bioéthique, les protocoles d'étude sont soumis à des contraintes et la participation des sujets est requise. Cependant, l'épidémiologie est aussi une science utilisée pour les prises de décision par les responsables des politiques de santé, les économistes et autres acteurs politiques. L'enjeu de l'épidémiologie est de rester crédible et ne pas devenir l'instrument de décision lourde de conséquences par l'utilisation qui peut être faite de ses résultats.

Exemples

- Pour trouver des réponses au problème du financement des retraites, certains pays envisagent un système de coefficient établi en fonction de l'espérance de vie de la génération concernée, donnée épidémiologique.
- L'utilisation par les assurances privées du concept de risque peut aussi conduire à une sélection des individus.

La présentation des résultats

L'épidémiologie utilise les statistiques pour produire ses résultats. Les statistiques sont un ensemble de renseignements numériques découlant des recensements de population, de données de registres ou bien d'enquêtes appropriées. La statistique est l'étude des ensembles numériques et de leurs relations. Elle comporte deux niveaux.

■ La statistique descriptive fournit une description simple et complète des ensembles nombreux d'unités sous l'angle d'un caractère donné, c'est une méthode de description quantitative.

Exemple
La répartition des malades dans un pays (ensemble des maladies) en fonction de leur revenu (caractère).

■ La statistique mathématique prend la suite de la statistique descriptive lorsqu'il s'agit d'élaborer une théorie. Elle utilise le calcul de probabilité.

Il existe une variété de supports pour présenter les résultats d'une étude. La forme la plus courante est représentée par le tableau accompagné de textes. Le graphique présente l'avantage de permettre une lecture globale, des comparaisons visuelles très rapides. Cependant, il est moins précis qu'un tableau, mais il offre une perception directe de l'information.

Tableaux et graphiques doivent comporter un titre « énonciatif » qui permet de savoir avec suffisamment de précision de quoi il s'agit.

Ce titre, intégré au tableau ou graphique, est éventuellement complété par un titre « informatif » ou par un petit commentaire, qui met en évidence l'information principale à retenir.

Le tableau ou graphique doit comporter aussi une source, une unité et, éventuellement, une légende qui reprend les couleurs ou valeurs du graphique avec leur intitulé.

Les modèles de représentation

■ Les tableaux

Comme on l'a dit, un tableau comporte un titre général, un titre informatif, texte descriptif qui explicite la nature des données exposées, une source, éventuellement une unité, si cette information n'est pas déjà donnée dans les têtières, verticale (première colonne) ou horizontale (première ligne) à l'intérieur du tableau. Souvent utilisés, ils donnent une vision globale.

■ Les courbes

Elles sont utilisées principalement pour représenter une progression dans le temps de variables qualitatives.

■ Les bâtons et colonnes

C'est la représentation graphique la plus courante. Chaque modalité du caractère est représentée par un bâton dont la hauteur est proportionnelle à l'effectif. C'est le graphique le plus approprié pour représenter un caractère qualitatif ou un caractère quantitatif discret.

■ Les autres graphiques

- **Les aires :** elles permettent de comparer des évolutions.
- **les radars ou toile d'araignée :** pour s'orienter, ce type de figure repère les points forts selon une échelle de 0 à 100 sur plusieurs axes.
- **le diagramme en secteurs ou « camembert » :** bien que très utilisé du fait de son côté ludique et visuel, il est pauvre en information et sert à présenter des informations très schématiques.
- **les cartes :** la cartographie sert à présenter des variables géographiques.

Points clés à retenir

▶ On définit trois grands domaines de l'épidémiologie :

– l'épidémiologie descriptive (description de la fréquence et de la répartition des maladies et des indicateurs de santé dans la population) ;

– l'épidémiologie étiologique (recherche des causes et facteurs de risque des maladies) ;

– l'épidémiologie évaluative (évaluation des actions de santé).

▶ L'interprétation d'une étude épidémiologique doit tenir compte d'éventuels biais. On ne peut affirmer la nature causale de la relation entre un facteur de risque et une maladie à partir d'une seule étude. Pour établir un lien de causalité entre un facteur de risque et une maladie, il faut tenir compte des facteurs de confusion et réunir un certain nombre de critères de causalité.

LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La surveillance épidémiologique au début du siècle dernier concernait principalement les maladies infectieuses puis elle s'est élargie à la surveillance d'autres paramètres liés à la santé d'une population comme les naissances, décès, eau, aliments, air. Actuellement, la surveillance concerne tous les risques car la maitrise des risques passe par l'identification précoce des menaces pour la santé et la protection des personnes. La sécurité sanitaire s'est construite sur ce principe de surveillance.

La surveillance de santé publique

Elle consiste en la collecte, traitement et retour systématique d'informations épidémiologiques pour l'évaluation de maladies, blessures ou tout autre problème de santé et pour la planification ou la mise en route de moyens de prévention ou de contrôle. Ces données de surveillance en santé publique peuvent être biologiques, cliniques, administratives ou psychosociales[9].

Les situations d'urgences sanitaires

Ces dernières années ont vu apparaitre l'émergence de nombreuses crises sanitaires (grippe, canicule, Sida) qui ont conduit à une modernisation du système français de surveillance. Ainsi on distingue :

■ *les risques émergents* qui sont des risques induits par le développement de l'activité scientifique et industrielle. Ils sont susceptibles de provoquer, à terme, des effets néfastes sur l'environnement et la santé des personnes ;

9 Source : BDSP.

- *la crise* qui est l'aboutissement d'une réaction en chaîne qui débute par l'existence d'un risque, se poursuit par sa réalisation sous forme d'accident qui dégénère et produit la situation d'urgence ;
- *la situation d'urgence* qui est provoquée par un événement de nature ou d'importance exceptionnelle, qui cause, aux personnes et/ou aux biens et/ou aux structures, des destructions telles, que des moyens spécifiques suffisants sont nécessaires pour y remédier. Cette situation exige une intervention immédiate, adaptée et limitée dans le temps qui permettra à la collectivité sinistrée de faire face à ses besoins et de reprendre une vie « normale ».

Le terme de situation d'urgence sanitaire s'applique aux situations pour lesquelles :

- soit l'événement causal est de nature sanitaire : maladies infectieuses, intoxication, etc. ;
- soit les conséquences de l'événement comportent des aspects sanitaires majeurs.

Les situations d'urgence sanitaire peuvent se rencontrer :

- dans un pays étranger : aide internationale « humanitaire » ;
- en France : prévention et gestion nationale.

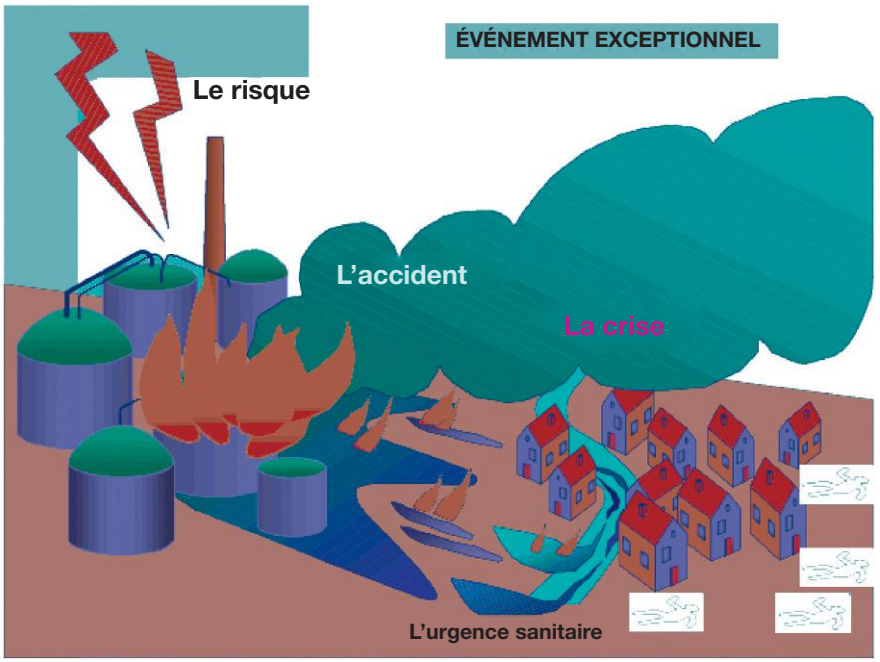


Figure 2.9. Schéma d'une situation d'urgence sanitaire. Source : DRASS de Lorraine

L'urgence sanitaire constitue un problème de sécurité civile, ses caractéristiques dépendent de plusieurs facteurs :

- la nature de l'événement ;
- le nombre de « victimes » réelles ou potentielles ;
- la gravité et l'évolutivité de la situation sanitaire ;
- l'impact sur le système de santé ;
- la sollicitation des personnels ;

- l'adaptabilité des structures et des moyens ;
- la disponibilité des services, produits et coûts ;
- la mobilisation des professionnels de santé ;
- le maintien des activités « normales » ;
- le renforcement et la sollicitation des professionnels « inhabituels » (médecine salariée non-hospitalière, retraités, étudiants, bénévoles…) ;
- la désorganisation du fonctionnement global ;
- les conséquences sur la sécurité des biens et des personnes ;
- la perte des repères et règles habituelles.

Les pandémies et épidémies

Une épidémie (du grec *épi*, qui signifie « sur », et *démos*, qui signifie « peuple ») est la propagation rapide d'une maladie qui attaque un grand nombre de personnes en même temps.

Une pandémie (du grec *pan*, qui signifie « tous » et *démos*, « peuple ») est une épidémie dont la diffusion s'étend sur une large zone géographique, sur plusieurs continents ou sur le monde entier.

Au-delà de son impact sanitaire majeur, une pandémie a de lourdes conséquences économiques. Selon la Banque mondiale, son coût en 2010 pourrait atteindre 3 000 milliards de dollars, soit 4,8 % du Produit intérieur brut mondial.

L'organisation de la surveillance

En réponse à une menace sanitaire grave (menace d'épidémie notamment), le ministre de la Santé peut imposer, par arrêté « *toute mesure proportionnée aux risques courus* » afin de prévenir et limiter les conséquences de cette menace (article L. 3110-1 du Code de la santé publique). Ces mesures peuvent être des mesures individuelles, comme par exemple imposer le respect d'une quarantaine à des personnes susceptibles de transmettre une maladie, ou collective et imposer une vaccination à l'ensemble de la population.

D'autres dispositions de la loi de santé publique du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique contribuent au renforcement de la vigilance et l'alerte sanitaire comme l'officialisation des plans blancs (L. 3110-7) et des établissements de santé de référence dans chaque zone de défense (L. 3110-9).

Les plans de gestion de crise

Le plan blanc

Il s'agit d'un dispositif de crise dont chaque établissement de santé doit se doter. Arrêté par l'instance délibérative de l'établissement, après avis des instances consultatives, il est déclenché par le directeur ou le responsable de l'établissement ou à la demande du représentant de l'État dans le département (préfet). Ce dernier informe le Samu, l'Agence régionale de santé et les maires des communes concernées.

Le plan blanc élargi

Il s'agit de la réquisition par arrêté du préfet de département, du préfet de zone de défense ou du Premier ministre (selon l'ampleur du sinistre), de tout professionnel de santé, de tout bien ou service, de tout établissement de santé, en cas d'afflux brutal et important de victimes sur une zone donnée.

Les conditions d'indemnisations sont prévues par l'ordonnance n° 59-63 du 6/01/59.

Un schéma départemental, régional et zonal des plans blancs est à organiser. Dans ce cadre, les établissements de santé de référence ont un rôle de conseil, d'accueil et de coordination.

Le principe de réquisition

Si l'afflux de patients ou de victimes ou si la situation sanitaire le justifie, le représentant de l'État dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social dans le cadre d'un dispositif dénommé plan blanc élargi.

Il informe sans délai le directeur de l'Agence régionale de santé, le service d'aide médicale urgente et les services d'urgences territorialement compétents ainsi que les représentants des collectivités territoriales concernées, du déclenchement de ce plan.

Ces réquisitions peuvent être individuelles ou collectives.

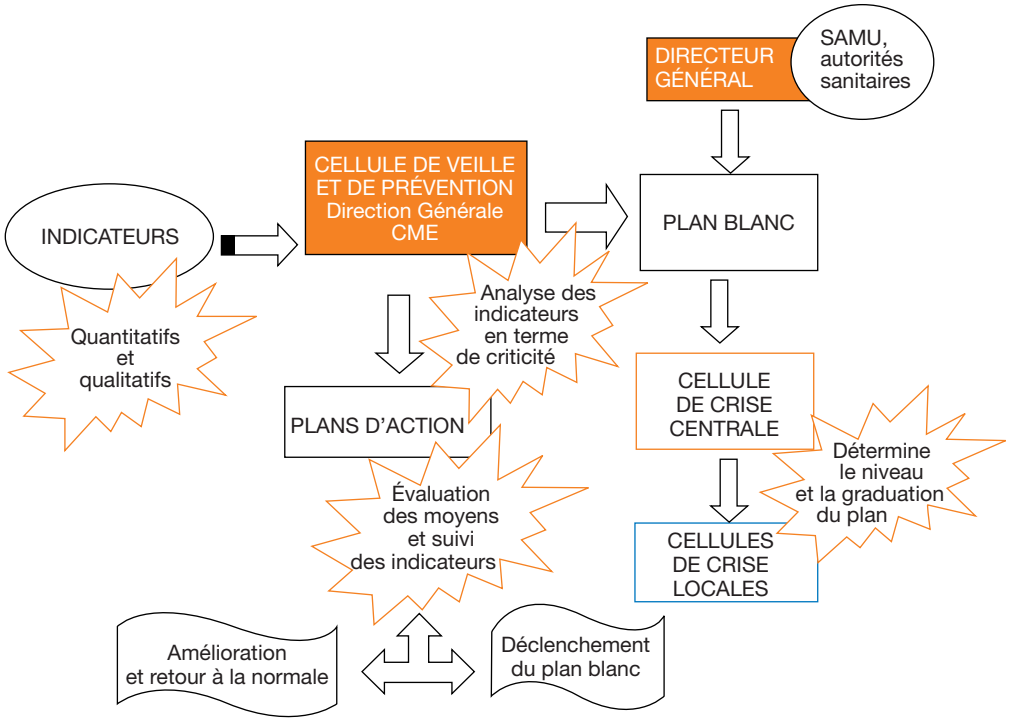

DIRECTEUR GÉNÉRAL
SAMU, autorités sanitaires
CELLULE DE VEILLE ET DE PRÉVENTION Direction Générale CME
INDICATEURS
PLAN BLANC
Quantitatifs et qualitatifs
Analyse des indicateurs en terme de criticité
PLANS D'ACTION
CELLULE DE CRISE CENTRALE
Détermine le niveau et la graduation du plan
Évaluation des moyens et suivi des indicateurs
CELLULES DE CRISE LOCALES
Amélioration et retour à la normale
Déclenchement du plan blanc

Figure 2.10. L'organisation des plans de gestion de crise

L'Institut national de Veille sanitaire (InVs)

L'InVS s'appuie sur des réseaux nationaux participant à la surveillance de l'état de santé de la population :

- les Centres nationaux de référence (CNR) ;
- les registres de morbidité ;
- les réseaux de lutte contre les infections nosocomiales ;
- les professionnels de santé hospitaliers et libéraux (déclaration obligatoire de certaines maladies).

Il fait appel aux différents systèmes de surveillance ou réseaux de services de soins :

- les services hospitaliers (services d'urgence, services de médecine spécialisée...) ;
- les laboratoires hospitaliers ou privés (réseau de surveillance des gonococcies, des infections invasives bactériennes et méningées...) ;
- les médecins généralistes, les médecins du travail pour le thème spécifique de la santé en milieu professionnel...

Il coordonne son action avec des organismes dont une partie de l'activité est de fournir des données de santé publique et de surveillance :

- la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- les Caisses d'assurance maladie ;
- l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ;
- la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques...

Enfin, l'InVS coordonne son action avec les agences du dispositif français de veille et de sécurité sanitaires :

- l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments ;
- l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ;
- l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail ;
- la Haute autorité de santé ;
- l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire ;
- les Établissements français du sang ;
- l'Agence de la biomédecine ;
- l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

La séquence du processus utilisé pour la veille internationale

- **Les Cellules de l'Institut de Veille sanitaire en région (Cire)**

Ces cellules relaient l'action de l'InVs et exercent une partie de ses missions au niveau régional. Le dispositif de surveillance compte 17 Cire.

Les Cire assurent deux fonctions essentielles :

- une *fonction d'épidémiologie d'intervention et d'évaluation quantifiée des risques sanitaires*, orientée principalement vers l'aide à la décision et le déclenchement de l'alerte (analyse du signal, évaluation de la situation, proposition d'options de gestion, suivi permettant l'adaptation de la réponse) ;

■ une *fonction d'animation, de structuration et de coordination du réseau régional de veille sanitaire*, dans le prolongement de l'action de l'InVS et dans le cadre des plans régionaux relatifs à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire (loi°2004-806 du 9 août 2004).

■ **Les réseaux européens et internationaux**

Au niveau européen, l'InVS représente la France au Conseil d'administration du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (*European Centre for Disease Control and Prevention*, ECDC). Elle participe à des programmes coordonnés par d'autres États membres, et collabore au réseau européen de surveillance, d'alerte et de contrôle des maladies infectieuses qui met en relation les ministères chargés de la Santé et les instituts de surveillance des États membres. Ce système d'alerte, basé sur un réseau de télétransmission sécurisé entre les États, permet l'échange rapide d'informations épidémiologiques sur les risques infectieux pouvant toucher plusieurs États et l'identification précoce des menaces infectieuses émergentes en Europe.

Au plan international, l'InVS collabore avec l'OMS et participe à l'action européenne et internationale de la France. Dans le cadre du nouveau Règlement sanitaire international (RSI[10]), l'InVS participe au partage des alertes et au renforcement des réseaux internationaux de veille et d'alerte.

■ **Les réseaux de veille sanitaire à partir d'intervenants de l'urgence**

D'autres réseaux spécifiques interviennent également pour fournir des données et participer à des actions de surveillance, comme le réseau mortalité ou le réseau hôpital.

Les méthodes de surveillance

Tout professionnel de santé est tenu de signaler sans délai au préfet de département les menaces imminentes pour la santé de la population dont il a connaissance ainsi que les « *situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave lui paraît constituée* »

Les réseaux sentinelles regroupent des médecins généralistes sur toute la France qui transmettent de façon hebdomadaire des informations épidémiologiques par voie télématique.

Exemple

Le réseau GROG pour la grippe.

Le Code de la santé publique fixe une liste des maladies à déclaration obligatoire, ce dispositif garantit l'anonymat et permet de connaitre l'incidence d'une maladie et de déclencher une alerte.

10 Organisation mondiale de la santé, 58e Assemblée mondiale de la santé, Résolution WHA58.3. Révision du règlement sanitaire international (2005), 23 mai 2005) : http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-fr.pdf
Organisation mondiale de la santé, 59e Assemblée mondiale de la santé, Résolution WHA59.2. Application du règlement sanitaire international (26 mai 2006).
Organisation mondiale de la santé, Règlement sanitaire international (1969), troisième édition annotée, 1983 : http://www.who.int/csr/ihr/en/index.html

Les 30 maladies à déclaration obligatoire

Botulisme
Brucellose
Charbon
Choléra
Diphtérie
Fièvres hémorragiques africaines
Fièvre jaune
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
Infection invasive à méningocoque
Légionellose
Listériose
Orthopoxviroses dont la variole
Paludisme autochtone
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
Peste
Poliomyélite
Rage
Rougeole
Saturnisme de l'enfant mineur
Suspicion de maladie de Creutzfeldt Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
Toxi-infection alimentaire collective
Tuberculose
Tularémie
Typhus exanthématique

Tableau 2.III. Les 30 maladies à déclaration obligatoire

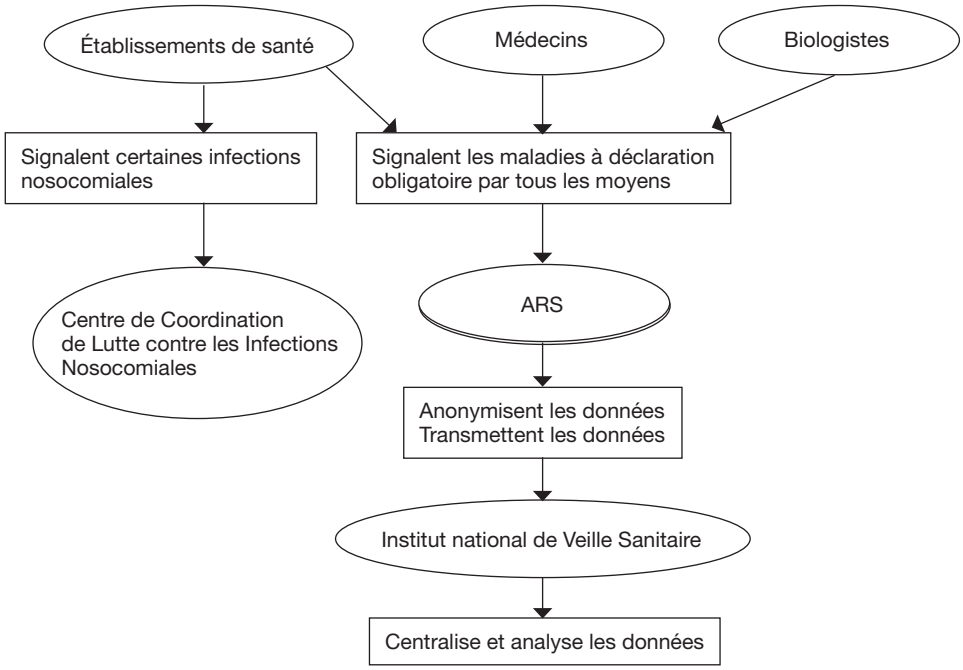

Établissements de santé
Médecins
Biologistes
Signalent certaines infections nosocomiales
Signalent les maladies à déclaration obligatoire par tous les moyens
Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales
ARS
Anonymisent les données
Transmettent les données
Institut national de Veille Sanitaire
Centralise et analyse les données

Figure 2.12. Processus de surveillance des maladies

La surveillance des maladies infectieuses : une illustration du processus à partir de la surveillance de la grippe

Au niveau national

Des cliniciens, pharmaciens et virologistes se sont associés en Groupes régionaux d'observation de la grippe (Grog) afin de détecter précocement la circulation des virus grippaux, de déterminer le début de l'épidémie et son évolution, de surveiller les caractéristiques antigéniques des virus et l'adéquation de la composition vaccinale.

Parallèlement, le *Réseau Sentinelles* (Inserm Unité 444) rassemble environ 500 médecins libéraux qui notifient, par voie télématique, plusieurs maladies infectieuses parmi lesquels les symptômes grippaux. Le Réseau Sentinelles participe ainsi à la détermination du début de l'épidémie et au suivi de son évolution.

La surveillance de la grippe repose également sur deux Centres nationaux de référence (CNR), nommés par le ministère chargé de la Santé, et qui travaillent en collaboration avec l'InVS : le CNR de la grippe de la zone Nord (Institut Pasteur, Paris) et le CNR de la grippe de la zone Sud (Université Claude Bernard-Faculté de Médecine, Lyon). Ils ont un rôle d'expertise sur le virus et la mise au point de techniques de diagnostic.

Au niveau européen

European Influenzae Surveillance Scheme (EISS), réseau européen d'alerte de la grippe, regroupe 14 pays dont la France. Il collecte des données cliniques et virologiques concernant les virus Influenzae. Son but est de faciliter les échanges d'informations sur l'activité grippale, de fournir aux autorités une description de la situation de la grippe en Europe. Il contribue à la détermination de la composition vaccinale et, le cas échéant, à donner l'alerte.

Au niveau international

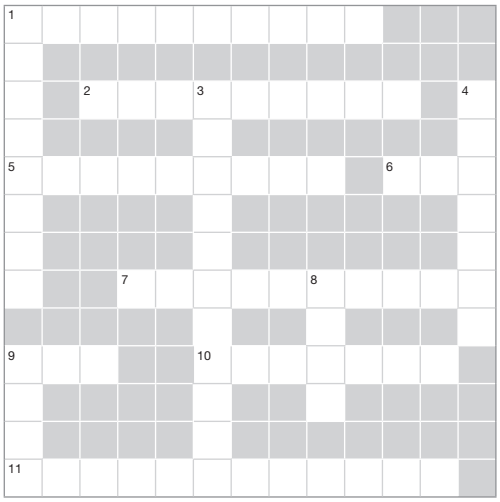
L'OMS coordonne le réseau international de surveillance de la grippe, composé d'une part de 110 Centres nationaux de référence de la grippe répartis dans 83 pays et, d'autre part, de quatre grands Centres mondiaux de la grippe, situés à Atlanta, Londres, Melbourne et Tokyo. L'OMS détermine la composition des vaccins.

S'ENTRAINER

VÉRIFIER SES CONNAISSANCES

1

Remplir la grille de mots croisés.



HORIZONTALEMENT :

1 : nombre de cas d'une maladie dans une population.
2 : nombre de nouveaux cas d'une maladie pour une période donnée dans une population donnée.
5 : indicateur épidémiologique du nombre de malades.
6 : observatoires régionaux de la santé.
7 : permet de comprendre les phénomènes liés à l'apparition de maladies.
9 : indicateur de développement humain.
10 : technique de recueil d'information.
11 : outils qui permettent la mesure de l'état de santé de la population.

VERTICALEMENT

1 : représentation graphique habituellement utilisée pour représenter les âges d'une population.
3 : données chiffrées qui permettent de repérer un problème de santé.
4 : résultat de l'exposition à un phénomène dangereux.
8 : rapport du nombre de personnes présentant le phénomène étudié et de l'effectif de la population concerné.
9 : institution française de surveillance épidémiologique.

2

Précisez pour chaque descriptif suivant de quel type d'enquête il s'agit : descriptive, analytique ou évaluative.

A. L'équipe du centre de santé où vous travaillez souhaite, pour guider une action de prévention, effectuer une enquête épidémiologique sur les accidents de l'enfant dans son quartier. Pendant 3 mois, tous les accidents survenant dans ce quartier de dix mille habitants sont relevés. De quel type d'enquête s'agit-il ?

B. L'équipe de santé scolaire participe à une enquête descriptive sur l'état de santé des jeunes de 12 à 25 ans. Ils ont été interrogés pour savoir s'ils avaient déjà fait une tentative de suicide. De quel type d'enquête s'agit-il ?

C. Dans une enquête, deux groupes de sujets indemnes de cancer du poumon sont suivis : l'un de fumeurs, exposés à la consommation de tabac, l'autre de non-fumeurs, non exposés à la consommation de tabac. Lors du suivi, on enregistre l'apparition du cancer du poumon dans les deux groupes. De quel type d'enquête s'agit-il ?

D. L'équipe de centre de dépistage où vous travaillez effectue une enquête auprès des femmes de l'agglomération qui ont participé à un programme d'information sur le cancer du sein mis en place par l'équipe. De quel type d'enquête s'agit-il ?

3 QROC (Questions à réponses ouvertes courtes)

1. En France en 2010, le taux de fécondité est de :
A. 1,99
B. 2,10
C. 2,50

2. Parmi les expressions suivantes, laquelle n'est pas un indicateur de santé ?
A. L'espérance de vie
B. La mortalité générale
C. La mortalité infantile
D. La morbidité

3. Quelle est la définition exacte de la mortalité infantile ?
A. Le nombre d'enfants décédés dans les 24 heures qui suivent la naissance
B. Le nombre d'enfants décédés avant d'avoir atteint un an
C. Le nombre d'enfants mort-nés

4. Qu'appelle-t-on la morbidité ?
A. Le rapport entre le nombre de malades et celui d'une population
B. La phase terminale d'une maladie
C. La salle où, dans un hôpital, on garde momentanément les morts
D. Une infection acquise à l'hôpital

5. Le recensement :
A. A lieu tous les ans
B. On ne recense que les adultes de plus de 18 ans
C. Ne se fait que dans les pays européens
D. Est réalisé par les communes

6. Quelle est l'espérance de vie des femmes en France en 2009 ?
A. 81 ans
B. 78 ans
C. 82,5 ans
D. 84,3 ans

7. Quelle est la première cause de mortalité en France, tous âges confondus ?
A. Le cancer
B. Les maladies cardio-vasculaires
C. Le diabète
D. Les suicides

8. Vous constatez la survenue de gastro-entérites dans le service de moyen séjour gériatrique où vous travaillez. Les patients hospitalisés ayant présenté ce tableau (les « malades ») sont au nombre de 28 sur une population d'hospitalisés dans le service de 54 malades. Parmi les propositions suivantes, laquelle est inexacte ?
A. Vous devez alerter les autorités sanitaires
B. Vous devez informer le responsable administratif de votre hôpital
C. C'est une maladie à déclaration obligatoire
D. Les services vétérinaires départementaux doivent être associés à l'enquête épidémiologique

9. Dans une enquête, on appelle « un ménage » :
A. Uniquement les couples mariés ou pacsés
B. Les occupants d'un même logement
C. Uniquement les familles
D. Uniquement les familles avec enfants

10. La population mondiale :
A. Est supérieure à 6 milliards d'êtres humains
B. Est de 5 milliards d'êtres humains
C. Est en diminution car tous les pays sont en transition démographique
D. Est en constante augmentation

4

Calculez les taux/les ratios.

1. Au cours de l'année 2010, 200 nouveaux cas de toxoplasmose ont été identifiés ; le nombre de cas connus au 1er janvier de cette année était de 800. Sur une population exposée dans ce pays, soit 10 millions d'habitants, on note en 2010, 40 décès liés à cette pathologie sur les 400 décès enregistrés par l'état civil au 31 décembre 2010. Quel est le taux de prévalence de cette maladie au 1er janvier 2010 ?
2/100 000 habitants
8/100 000 habitants
9,6/100 000 habitants
40/100 000 habitants
800/100 000 habitants

2. Au cours de l'année 2010, 200 nouveaux cas de bronchiolite ont été identifiés ; le nombre de cas connus au 1er janvier de cette année était de 800. Sur une population exposée dans ce pays, soit 10 millions d'habitants, on note en 2010, 40 décès liés à cette pathologie sur les 400 décès enregistrés par l'état civil au 31 décembre 2010. Quel est le taux d'incidence de cette maladie en 2010 ?
0,4/100 000 habitants
1,6/100 000 habitants
2/100 000 habitants
16/100 000 habitants
200/100 000 habitants

3. Au cours de l'année 2010, 200 nouveaux cas de tuberculose ont été identifiés ; le nombre de cas connus au 1er janvier de cette année était de 800. Sur une population exposée dans ce pays, soit 10 millions d'habitants, on note en 2010, 40 décès liés à cette pathologie sur les 400 décès enregistrés par l'état civil au 31 décembre 2010. Quel est le taux de létalité de cette maladie en 2010 ?
0,04/100 000 habitants
0,1/100 000 habitants
0,1
4 %
0.40

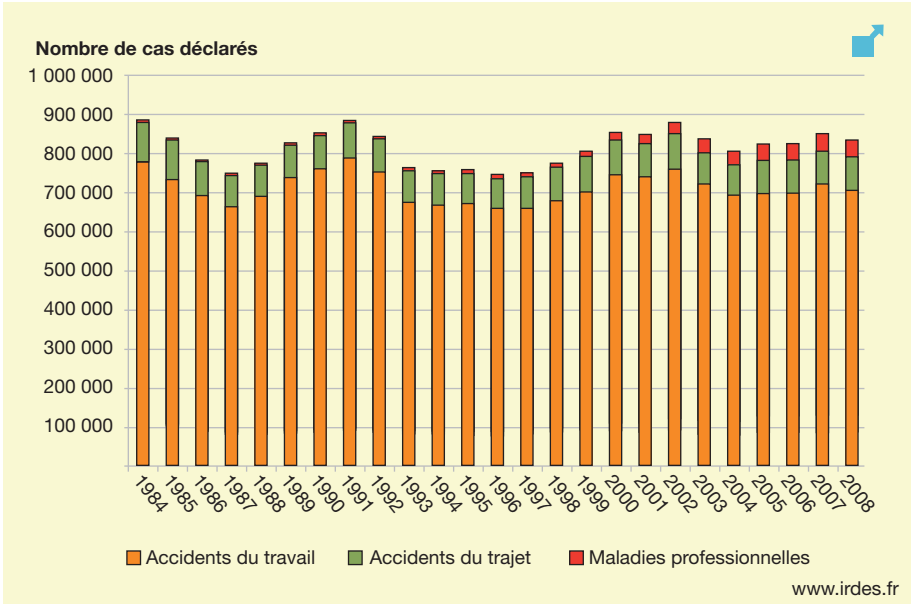
4. Si le risque de décès est de 2 cas pour 100 000 sujets non exposés suivis pendant un an, et de 3 cas pour 100 000 sujets exposés suivis pendant un an, calculez le RR risque relatif.

5. La cantine d'une école recevant 250 enfants a été le siège d'une toxi-infection alimentaire collective. 52 enfants ont présenté l'affection. Calculez le taux d'attaque.

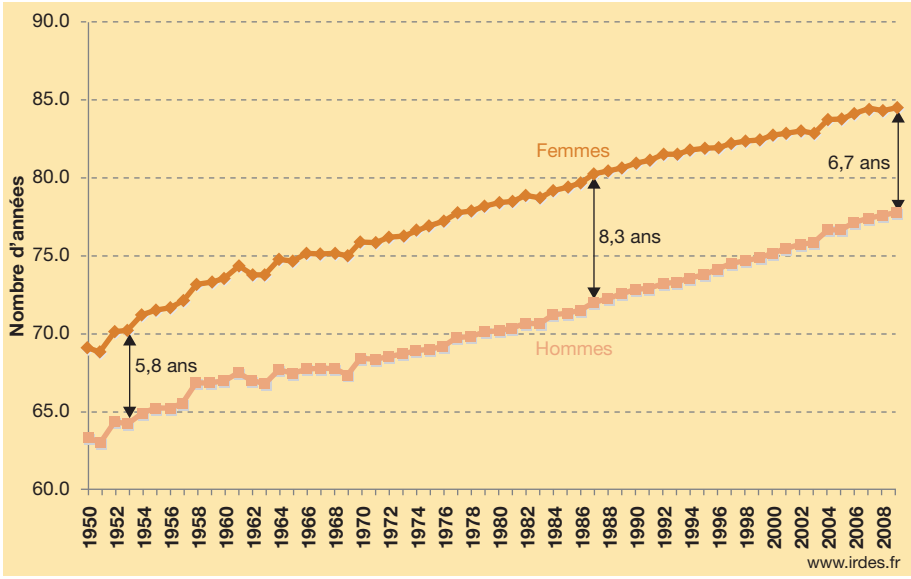
5 TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Identifiez les types de graphiques suivants et donnez-leur un titre.

A.



B.



CORRIGÉS

VÉRIFIER SES CONNAISSANCES

1

[1]P	R	E	V	A	L	E	N	C	E			
Y												
R		[2]I	N	C	[3]I	D	E	N	C	E		[4]R
A					N							I
[5]M	O	R	B	I	D	I	T	E		[6]O	R	S
I					I							Q
D					C							U
E			[7]A	N	A	L	Y	[8]T	I	Q	U	E
					T			A				S
[9]I	D	H			[10]E	N	Q	U	E	T	E	
N					U			X				
V					R							
[11]S	T	A	T	I	S	T	I	Q	U	E	S	

2

A. Une enquête descriptive, exhaustive.
B. Une enquête transversale rétrospective d'observation et d'épidémiologie descriptive.
C. Une enquête analytique, d'observation, prospective de cohorte de type exposés-non exposés.
D. Une enquête évaluative.

3 QROC (Questions à réponses ouvertes courtes)

1. A) 1,99

2. A) L'espérance de vie

3. B) Le nombre d'enfants décédés avant d'avoir atteint un an

4. A) Rapport entre le nombre de malades et celui d'une population

5. D) Le recensement est réalisé par les communes

6. D) 84,3 ans

7. A

8. D) Les services vétérinaires départementaux doivent être associés à l'enquête épidémiologique

9. A/B/C/D/

10.
A. Supérieur à 6 milliards d'êtres humains
D. En constante augmentation

4

1. 8/100 000 habitants

2. 2/100 000 habitants

3. 4 %

4. Le risque relatif sera de 3/2 = 1,5, c'est-à-dire une augmentation de 50 % du risque de décès annuel chez les exposés par rapport aux non-exposés

5. Le taux d'attaque est de 52/250 = 208 pour 1000

5 TABLEAUX ET GRAPHIQUES

A. En colonne, bâtons
Évolution du nombre d'accidents du travail, de trajet et de maladies professionnelles (1984-2008)
B. En courbe
Évolution de l'espérance de vie en France sur la période 1950/2008. Écart hommes/femmes.

3 Organisation de la prévention

COMPRENDRE

INTRODUCTION

La prévention est un domaine d'action qui tend à agir sur l'apparition de maladies, sur ses effets et qui tente de limiter ses conséquences. Ainsi, en fonction des axes d'orientation de la prévention, il est classique de distinguer la prévention dite **primaire**, qui agit en amont de la maladie pour la prévenir, la prévention **secondaire**, qui vise à en limiter les effets en la dépistant au plus tôt ou en tentant de réduire sa durée, et enfin la prévention **tertiaire**, qui agit en aval de la maladie et dont l'objectif est de réduire les conséquences et d'éviter les récidives.

La prévention a donc des domaines d'action variable et nécessite une organisation pour que les mesures mises en place soient cohérentes et répondent aux besoins de santé de la population. Cette organisation est coordonnée par des politiques, des lois, les actions sont mises en place par des acteurs et des structures depuis un niveau national jusqu'à un niveau local.

L'ORGANISATION DE LA PRÉVENTION

La politique et les programmes de prévention

La politique de prévention tend à réduire les risques pour la santé, à améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Elle propose des actions d'information et d'éducation visant à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie. De ce fait, elle porte sur différents aspects : la sécurité sanitaire (réduire les risques dus à l'environnement, au travail et à la consommation de produits alimentaires ou de santé), la vaccination, le dépistage, l'information et l'éducation pour la santé et enfin l'éducation thérapeutique.

Actuellement, sur le terrain, les actions sont souvent organisées selon des approches différentes. Soit par pathologies ou problèmes sanitaires (obésité, diabète, tabagisme), soit par milieux ou population (enfants, personnes âgées, précarité), soit par déterminants (habitat, alimentation, air) ou encore par outils (épidémiologique, savoir en éducation pour la santé, promotion de la santé). La mise en œuvre de ces différents programmes ne relève pas des mêmes champs et l'organisation est complexe. En effet, les acteurs sont multiples, de statut et d'autonomie variable ; ils relèvent de secteurs professionnels différents comme le secteur public, les milieux associatifs ou les structures privées. Ils sont issus de divers métiers peu habitués à travailler ensemble dans une logique de programme, ce qui rend la coordination des actions problématique.

3 Organisation de la prévention

À l'Éducation nationale, infirmière, proviseur, professeurs, conseillers d'éducation se côtoient, mais n'ont pas toujours la même perception de l'action de prévention à mener.

Prenons un autre exemple, celui de la prévention du Sida :
Sur le terrain, des actions sont mises en place par de nombreuses structures :

- associations de lutte contre le Sida comme Aides, Sida Info Service ;
- associations d'éducation sanitaire et sociale telles que l'Adessi, le Craes, le Crips ;
- des professionnels sanitaires et sociaux : médecins, infirmiers, assistantes sociales, éducateurs ;
- le Réseaux de santé et de soins : Réseau ville-hôpital, MED HIV ;
- les services des maladies infectieuses des CHU ;
- les centres de planification familiale ;
- les institutions et notamment l'Éducation nationale et les services déconcentrés de l'État : Ddass, DPJJ, mais également les services des collectivités locales et territoriales tels que le Centre communal d'action sociale, le Service communal d'hygiène et de santé et les Conseils généraux.

Une telle diversité d'intervenants et d'organismes ayant des moyens, des convictions, des valeurs et des façons d'agir différentes, rend difficile l'harmonisation de l'action de prévention initiée. C'est pourquoi les Agences régionales de santé (ARS), mises en place au 1er avril 2010, ont pour mission de restructurer l'organisation de la prévention en niveaux national et régional qui se divisent en territoires de santé et territoires de proximité. Chaque ARS aura en effet la responsabilité d'élaborer un schéma de prévention, composante fondamentale du projet régional de santé. Ce schéma répondra à trois exigences majeures :

- mieux organiser et financer l'offre de prévention ;
- renforcer la qualité des interventions ;
- améliorer l'accès de tous aux services.

Cette orientation est indispensable, au moins pour deux raisons liées aux concepts fondateurs de la santé publique et de la prévention : la nécessité d'agir sur tous les déterminants de la santé (parce que beaucoup ne relèvent pas que du système de santé) et l'importance de se situer au plus près de chaque citoyen. Cela implique les acteurs du plus petit niveau de découpage territorial français, à savoir la commune, le quartier et les organisations de la société civile. La finalité est de mettre en place des projets qui ne sont pas toujours prioritairement axés sur la santé et qui intègre l'observation, la promotion de la santé, la prévention, les soins. Ces projets mobilisent l'ensemble des acteurs de la santé publique, qu'ils soient publics ou privés.

LES PROFESSIONNELS DE LA PRÉVENTION

La pluridisciplinarité

Les professionnels de la prévention ont des fonctions et des compétences diverses, ils peuvent être médecins, issus du secteur paramédical, de la recherche, de l'épidémiologie, de la sociologie, du secteur administratif, de l'éducation et du social. Ils relèvent le plus souvent

de modes d'intervention interministériels, intersectoriels, interprofessionnels. C'est donc une approche multidisciplinaire où se côtoient d'autres pratiques et une interaction du champ sanitaire, social et éducatif.

Les professionnels de santé

Les codes de déontologie des professions médicales font de l'éducation sanitaire une obligation professionnelle. Au niveau paramédical, l'implication est également une prérogative législative. Ainsi, l'article R4311-1 du Code de santé publique relatif à l'exercice de la profession d'infirmière mentionne dans le premier article la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Cet article précise que l'infirmier exerce son activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. Le Code de santé publique définit les types d'actions de prévention spécifique dans lequel l'infirmier a un rôle. Il est notamment question du dépistage des maladies sexuelles transmissibles, des maladies professionnelles, des handicaps, des maladies endémiques, des pratiques addictives et de l'éducation à la sexualité.

Au travers des textes, la prévention apparaît comme une évidence pour les professionnels de santé. Lors d'un soin, par une prescription ou lors de la mise en œuvre d'un traitement, la démarche curative et la démarche préventive sont naturellement complémentaires.

Les métiers dédiés à la prévention[1]

L'éducation nationale

Le ministère de l'éducation nationale emploie 1 300 médecins à temps plein, 1 200 vacataires, soit un médecin pour 6 000 élèves ; 6 300 infirmiers, soit un infirmier pour 2 000 élèves ; 1 100 secrétaires médicosociales, métier qui semblerait en voie d'extinction.

Le secteur du travail et de l'emploi

On compte 6 500 médecins du travail en entreprise, dont 5 250 dans les services interentreprises (la médecine du travail est une spécialité distincte de la médecine de santé publique, et les médecins du travail sont des salariés protégés des entreprises) ; 8 000 professionnels, dont 5 000 infirmiers, assistant à des titres divers les médecins du travail ; 50 médecins inspecteurs régionaux du travail exerçant dans les services de l'État.

Le secteur de la santé

On dénombre 590 médecins inspecteurs de santé publique ; 140 pharmaciens inspecteurs de santé publique ; 450 ingénieurs du génie sanitaire et ingénieurs des études sanitaires ; plus de 1 000 techniciens sanitaires, tous principalement affectés dans les services déconcentrés de l'État ; ainsi que les quelque 3 000 professionnels de l'administration centrale, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), de l'Institut national de veille sanitaire (INVS) et des agences sanitaires ayant une mission de sécurité sanitaire.

1 Source : *Rapport annuel 2003 : Santé, pour une politique de prévention durable*, IGAS, La Documentation française, Paris, 2003.

Le secteur de la protection sociale

On dénombre 640 chercheurs et ingénieurs à l'Institut de recherche et de sécurité (INRS), organisme créé par la Caisse nationale d'assurance maladie pour l'identification, l'étude et la prévention des risques professionnels ; 1 500 éducateurs pour la santé et professionnels de la santé au travail dans le réseau des caisses primaires et des Caisses régionales d'assurance maladie. À cet ensemble s'ajoutent les professionnels dédiés à la prévention et travaillant dans le secteur mutualiste, qu'il a été impossible de comptabiliser.

Les collectivités territoriales (communes et départements)

On compte 9 600 médecins ; 2 600 psychologues ; 850 sages-femmes ; 7 500 puéricultrices ; 8 100 infirmiers ; 23 500 auxiliaires de puériculture.

LES STRUCTURES DE LA PRÉVENTION

De nombreux organismes de nature et de statut différents, publics ou privés, mènent des actions de prévention.

Les associations

Sous statut loi 1901, elles sont porteuses de valeurs spécifiques qui donnent sens et structurent leurs projets, leur fonctionnement et leur organisation. Le mode d'organisation associatif est une forme particulièrement favorable pour assurer la participation des populations puisque les acteurs interviennent à un niveau local et par cette proximité ont souvent une action militante. Quelquefois, la création de l'association est initiée par des citoyens concernés par une problématique de santé. L'exemple le plus emblématique étant la création des associations « antisida » par les personnes séropositives.

Les associations de proximité ou associations à caractère social ou humanitaire sont répertoriées dans les services municipaux.

Les réseaux associatifs

On distingue une organisation des associations en fonction des axes d'action qu'elles assurent.

- Les grands réseaux associatifs nationaux : Croix-Rouge française, Emmaüs , Médecins du monde...
- Les associations spécialisées dans une problématique de santé spécifique : Fédération française de cardiologie, Cripps[2], Association française contre le diabète...
- Les associations ciblées sur une population spécifique : migrants, SDF, handicapés...
- Les Comités d'éducation pour la santé (Cres, Codes) : ils agissent activement dans le domaine de la prévention en assurant des missions de proximité visant la promotion et l'éducation de la santé en direction de différents publics. Ils mettent au service de la population et des professionnels de santé un ensemble de documentations et d'outils pédagogiques relatifs à la santé.

2 CRIPS : Centre régional d'information et de prévention du Sida.

Exemple : la lutte antituberculose

QUI FAIT QUOI DANS LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE EN 2007

Qui	Quoi
Hôpitaux, établissements de santé publics et privés	
Services cliniques Services de bactériologie Médecine du travail Équipes opérationnelles d'hygiène Clin Département d'information médicale Pharmacie hospitalière	■ Diagnostic, traitement, suivi des patients ■ Signalement immédiat au Clat et à la Ddass ■ Déclaration obligatoire à la Ddass ■ Déclaration des issues de traitement (en 2007) à la Ddass ■ Accueil de l'équipe du Clat pour l'entretien initial avec le patient afin de dresser la liste des contacts ■ Participation à l'enquête autoour du cas en milieu de soins : patients et personnels contacts du cas
Médecins libéraux	
	■ Diagnostic, traitement, suivi des patients ■ Signalement immédiat au Clat et à la Ddass ■ Déclaration obligatoire à la Ddass ■ Déclaration des issues de traitement (en 2007)
Clat	
Partenaires des Clats : Santé scolaire, PMI, médecins du travail, équipes hospitalières, Ucsa, médecins libéraux, Ddass, etc. Associations, Réseaux santé précarité	■ L'ensemble des prestations réalisées par le Clat et la délivrance des médicaments peuvent l'être à titre gratuit ■ Coordination la lutte antituberculeuse au niveau départemental ■ Consultations médicales par un médecin ayant une expérience dans le domaine de la lutte contre la tuberculose ■ Suivi des patients et délivrance des médicaments antituberculeux, en particulier pour les personnes en rupture de couverture sociale ■ Dépistage : réalisation des enquêtes dans l'entourage des cas ; réalisation d'actions ciblées de dépistage ; élaboration des stratégies ■ Actions de prévention primaire, notamment ciblées pour des groupes à risques : information, communication ; vaccination par le vaccin antituberculeux BCG ■ Participation à la formation des professionnels ■ Développement des partenariats et participation à un réseau départemental de lutte contre la tuberculose ■ Participation à l'évaluation et la surveillance épidémiologiques
Ddass	
	■ Responsables de la lutte antituberculeuse dans les départements ■ Participent au réseau ■ Centralisent les déclarations obligatoires ■ Évaluent l'activité des Clat (rapports d'activité) ■ Dans les départements où le département (conseil général) a rendu la compétence à l'État, habilitation des structures opérateurs de la lutte antituberculeuse (les Clat)

Tableau 3.I. La lutte contre la tuberculose. S'y ajoutent des Drass, qui ont un rôle de soutien et coordination, et les GRSP, dont le rôle est primordial pour la mise en œuvre actuelle des crédits. Source : Programme de lutte contre la tuberculose en France.

Les mutuelles et les assurances

La participation des mutuelles et des assurances est de plus en plus sollicitée dans le financement des dépenses de santé, celles-ci développent des programmes de prévention auprès de leurs adhérents afin de les responsabiliser davantage.

La Mutualité française, par exemple, s'engage sur le terrain de la prévention et de la promotion de la santé par des campagnes d'information et des actions qui s'inscrivent dans des priorités locales et nationales comme la dépendance, les suicides et le mal-être des adolescents, les conduites à risque, le vieillissement, la nutrition, la sexualité, le cancer.

Les centres de planification ou d'éducation familiale

Ce sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation pour les femmes, les couples, les familles et les adolescents. Les centres de planification ou d'éducation familiale assurent des consultations de contraception, mettent en place des actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale. Ils assurent des entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse et des entretiens relatifs à la régulation des naissances dans les suites d'une interruption volontaire de grossesse. Dans ces centres sont délivrés, à titre gratuit, des médicaments ou moyens contraceptifs aux mineurs désirant garder le secret, ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestation maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire.

Les services de santé au travail

La médecine du travail est une médecine exclusivement préventive. Elle a pour objet d'éviter toute altération de la santé des salariés, du fait de leur activité. Elle surveille leur état de santé, les conditions d'hygiène du travail et les risques de contagion, elle mène également des actions de promotion de la santé. Exercée au sein d'un « service de santé au travail », la médecine du travail dispose de moyens matériels et financiers pourvus par les employeurs. Elle bénéficie à tous les salariés, quelle que soit la taille de l'entreprise. Les services sont organisés en fonction de l'importance de l'entreprise, soit en service « autonome » au sein de l'entreprise (ce service peut, lorsqu'il existe plusieurs établissements, être un service médical du travail inter-établissements ou un service médical d'établissement), soit en service inter-entreprises qui concerne plusieurs entreprises.

L'équipe de santé au travail composée de médecins et d'infirmiers est chargée de réaliser la surveillance médicale des salariés, l'étude des postes de travail dans l'entreprise. Elle assure la protection des salariés contre l'ensemble des nuisances physiques ou organisationnelles. Elle surveille les conditions d'hygiène au travail et d'hygiène générale qui règnent dans l'entreprise (entretien des lieux de travail, aménagement des locaux sanitaires...) mais également la surveillance de l'hygiène dans les services de restauration (prévention des contaminations par une bonne hygiène des locaux, des matériels, des denrées...). Elle s'investit dans la promotion de la prévention en diffusant de l'information sur les mesures de prévention et en matière d'éducation sanitaire comme les actions visant à prévenir les troubles musculo-squelettiques responsables des principales maladies professionnelles (lombalgies...), l'utilisation correcte de certains équipements de protection individuelle, etc.

La visite médicale d'embauche

La médecine du travail assure une visite médicale d'embauche qui doit être réalisée avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai, sous réserve des situations

visées à l'article R. 4624-12 du Code du travail, au moment de l'embauche pour valider l'aptitude au poste puis au moins tous les 24 mois, la première devant avoir lieu dans les 24 mois qui suivent la visite d'embauche.

Lors de la reprise du travail, et au plus tard dans un délai de 8 jours, le salarié en arrêt de travail doit bénéficier d'un examen par le médecin du travail après une absence pour cause de maladie professionnelle, après une absence d'au moins 8 jours pour un accident du travail ou d'une absence d'au moins 21 jours à la suite d'une maladie ou à un accident non professionnel, en cas d'absences répétées pour raisons de santé, après un congé maternité. Certains salariés bénéficient en outre d'une surveillance renforcée. Il s'agit des salariés affectés à des travaux qui comportent des exigences ou des risques particuliers. Ces situations à risque et leurs surveillances sont prévues par la réglementation[3]. En outre, par accords de branche étendus, les partenaires sociaux peuvent préciser les métiers et postes nécessitant une telle surveillance en dehors des cas prévus par la réglementation. Ainsi, une visite est proposée aux salariés qui viennent de changer de type d'activité ou d'entrer en France, pendant une période de 18 mois à compter de leur nouvelle affectation, aux travailleurs handicapés, aux femmes enceintes, aux mères dans les 6 mois qui suivent leur accouchement et pendant la durée de leur allaitement, aux travailleurs âgés de moins de 18 ans. Des règles spécifiques s'appliquent également à certaines catégories de salariés : salariés intérimaires, travailleurs de nuit…

Tout salarié bénéficie d'un examen médical à la demande de l'employeur ou à sa demande, cette dernière demande ne pouvant motiver une sanction. Le médecin du travail ne doit en aucun cas révéler les motifs de cette démarche.

Le médecin du travail peut constater lors des divers examens médicaux :

- l'aptitude médicale au poste de travail occupé ;
- l'inaptitude partielle au poste et préconiser, par écrit, l'aménagement ou la transformation du poste de travail ;
- l'inaptitude au poste et proposer, par écrit, la mutation du salarié à un autre poste.

L'Éducation nationale

L'Éducation nationale accueille un public allant de la petite enfance en maternelle aux étudiants en formations post-baccalauréat. Elle a donc un rôle privilégié dans la prévention, le repérage et la prise en compte de la santé des élèves fréquentant ses établissements. La prévention au sein des établissements scolaires passe par une politique globale élaborée au sein des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

Le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Au niveau de l'établissement, le CESC a pour mission, dans une approche éducative globale qui prend en compte les besoins des élèves dans et hors de l'école, de participer à l'éducation à la citoyenneté, à la prévention des dépendances, des conduites à risque et de la violence. Il assure le suivi des jeunes, l'aide aux élèves manifestant des signes de mal-être, il contribue au renforcement des liens avec les familles. Dans le cadre des actions de prévention, c'est le domaine de

3 Décrets pris en application de l'article L. 4111-6 du Code du travail.

la prévention de la violence qui est le plus fréquemment abordé avec celui de la prévention des conduites addictives.

Ces comités sont, sous l'impulsion des autorités académiques, généralisés à l'ensemble des établissements. Ils constituent une instance privilégiée pour le développement des partenariats indispensables entre les acteurs de l'Éducation nationale, les parents, les représentants des autres services ministériels concernés, les collectivités territoriales, les organismes habilités et les associations agréées.

Le service de promotion de la santé en faveur des élèves

Les établissements scolaires disposent d'une équipe de santé (médecin, infirmière) qui a pour mission de promouvoir et de mettre en œuvre la politique de santé en faveur de tous les élèves scolarisés (prévention, actions sanitaires de portée générale, hygiène et sécurité, bilans obligatoires, soins...). Ils sont chargés de l'accueil et de l'écoute des élèves et des parents pour tout motif ayant une incidence sur la santé. Ils participent aux bilans de santé et au suivi de l'état de santé des élèves, à la surveillance des jeunes exposés à des nuisances spécifiques, à la surveillance sanitaire de l'hygiène en général en milieu scolaire, à l'éducation à la santé et à la sécurité.

La mission de promotion de la santé en faveur des élèves a pour objectif de détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver la scolarité, d'agir en appui de l'équipe éducative (pour une meilleure prise en charge des élèves), de faciliter l'accès aux soins et de développer une dynamique d'éducation à la santé.

Le Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS)

Au niveau universitaire, les médecins et les infirmières des SUMPPS ont pour mission d'écouter, de conseiller, d'effectuer les dépistages visuels, auditifs, les vaccinations et, le cas échéant, d'orienter sur les structures de santé.

Exemple : un projet thérapeutique contre l'obésité dans le Val-de-Marne (94)

Ce projet repose en amont sur le repérage systématique et un premier bilan pluridisciplinaire effectué par le service de santé scolaire, associant étroitement les professeurs d'Éducation physique et sportive (EPS) et les Conseillers principaux d'éducation (CPE) puis l'incitation à une prise en charge individualisée.

Le repérage : en novembre 2001, les infirmières de l'inspection académique ont pesé et mesuré, dans 94 collèges, 2 261 élèves de 5e (une classe par établissement) : 22 %, soit environ 460 élèves ont été repérés comme « obèses ».

Le projet de prise en charge est élaboré avec l'élève dépisté et sa famille par le service de santé scolaire, lors d'une consultation.

- Un carnet de route, support du projet de prise en charge, est remis à l'adolescent. Ce carnet est un guide agréable d'informations, de conseils et de tests, en particulier sur l'activité physique.
- L'adolescent est adressé à son médecin traitant qui dispose des coordonnées des professionnels mobilisés.

...

…

- Les bilans à l'inclusion et à l'issue de la prise en charge prennent en compte l'avis de l'élève, du professeur d'EPS et de l'équipe éducative et enrichissent l'évaluation médicale.
- L'accompagnement et le suivi de chaque adolescent concerné sont assurés par différents acteurs en collaboration avec le médecin scolaire : personnels exerçant en ville (médecins de famille, diététiciens) et en institutions sanitaires, sociales, sportives, associatives, scolaires (éducateurs sportifs, consultations hospitalières, moniteurs-éducateurs intervenant auprès des familles en difficulté sociale…).
- Le réseau sportif associatif scolaire et associatif de loisirs tient une place particulièrement importante, les professeurs d'EPS ayant un rôle central d'accompagnement de l'adolescent. Un carnet d'adresses des professionnels-ressources est mis à disposition des partenaires du réseau.
- Des programmes d'information et de formation visant à faciliter et harmoniser l'accueil des adolescents ont été conçus pour les professionnels du soin et de l'activité physique. Au moins deux moments de dialogue dans l'année sont aménagés, entre les professionnels de santé, ceux d'EPS et l'élève.
- Dans la très grande majorité des cas, la prise en charge n'est pas médicale, mais éducative. S'agissant d'adolescents, la portée éducative des messages est soutenue par une approche collective avec les pairs. S'agissant de réorganiser certains aspects de la vie quotidienne, l'implication des parents est centrale. Pour ces raisons ont été conçus des ateliers pratiques adaptés à des groupes de jeunes et à leurs parents. Des ateliers « Manger mieux, bouger plus, des plaisirs qui s'apprennent » sont organisés dans les maisons des jeunes et de la culture, les centres socioculturels, les services municipaux.
- Résultats : parmi les élèves répondant aux critères, 72 % ont été inclus dans le dispositif. Au total, 67 % des jeunes inclus ont effectué un parcours complet ou quasiment. Les premiers résultats mettent en évidence que la proposition de façon systématique aux jeunes obèses d'une prise en charge de leur excès de poids suscite motivation, satisfaction et changements de comportements favorables à leur corpulence pour la majorité d'entre eux. Un sur dix a refusé, ou exprimé son mécontentement.

Les points forts du programme sont le caractère de la prise en charge éducative et non médicale, le réseau qui mobilise surtout les secteurs paramédical et éducatif (au sens large), la prise en compte des aspects individuels (l'adolescent lui-même, ses parents) et collectifs (ses pairs), enfin ses premiers résultats, très encourageants.

Les hôpitaux

Au-delà de sa mission de soins, l'hôpital public est aussi un acteur majeur de la prévention car il est le lieu essentiel de révélation des problèmes de santé, en particulier par le biais des urgences et par le nombre d'usagers qu'il voit passer chaque année : plus de 10 millions de personnes (sans compter les visiteurs). Il s'inscrit de plus en plus dans des logiques de réseau avec les autres acteurs sanitaires et sociaux de son bassin de santé.

À l'hôpital, les principaux projets de promotion de la santé concernent souvent l'éducation à la santé des patients et l'éducation thérapeutique.

3 Organisation de la prévention

L'hôpital intervient par exemple dans la prévention de l'obésité, de l'alcoolisme, du tabagisme ou encore dans la promotion de la sécurité routière et aussi dans la promotion de l'hygiène, comme les campagnes sur le lavage des mains.

Les réseaux de soins

Dans le cadre des réseaux, l'hôpital mène des actions de prévention en associant des équipes médicales mais aussi des associations de malades.

Par exemple, les Corevih[4] coordonnent toute l'action VIH dans une région (soins, prévention et prise en charge extrahospitalière).

C'est une organisation territoriale dont la région est le territoire de référence.

- La coordination des acteurs concernés répond aux objectifs de faciliter la prise en charge globale du patient infecté par le VIH, de contribuer à l'équité des soins sur tout le territoire, tant pour la qualité des pratiques professionnelles que pour l'accessibilité aux soins.
- Des orientations sont données pour rapprocher les domaines de la prévention, du dépistage, du soin, de la recherche clinique, le secteur hospitalier et extrahospitalier et favoriser l'implication des malades et usagers du système de santé.

La Permanence d'accès aux soins de santé (Pass)

Les Pass sont des cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies, non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

En application de l'article L6112-6 du Code de la santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier ont mis en place des permanences d'accès aux soins de santé adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

La médecine du sport ou médecine sportive

C'est une branche de la médecine spécialisée dans les différents aspects médicaux liés à la pratique du sport. Le statut est variable, les consultations peuvent être attachées à un centre hospitalier, un centre de santé communal ou un centre spécialisé pour sportifs. Contrairement aux idées reçues, la médecine du sport n'est pas réservée qu'aux pratiquants de haut niveau.

La médecine du sport assure la prévention des accidents chez le sportif, la prévention des conduites addictives (dopage), dispense des conseils de nutrition, fait la promotion de l'activité physique, assure la prise en charge en urgence des traumatismes dus aux activités sportives, la surveillance et l'évaluation médicale des entraînements chez les sportifs et la prise en charge spécifique des sportifs de haut niveau.

4 Corevih : Coordination régionale de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine

La Protection maternelle et infantile (PMI)

La direction de la Protection maternelle et infantile est chargée de la santé des enfants et de la famille. C'est un service de santé publique géré par les Conseils généraux. La PMI mesure les indicateurs de santé des mères et des enfants et reçoit, à ce titre, l'ensemble des certificats de santé établis à la naissance, au 9e mois et au 24e mois, qu'elle est chargée d'exploiter. Elle assure par ailleurs des consultations gratuites.

Les consultations des PMI

Ces consultations ont une visée préventive. Une équipe pluridisciplinaire composée du médecin, d'une infirmière, d'assistante sociale, de puéricultrices, de psychologues, fait le point sur l'état de santé de l'enfant et dépiste les déficiences, troubles relationnels, les troubles du développement, les retards psychomoteurs ou les affections chroniques.

Lors des consultations, l'examen permet de contrôler la croissance et le développement psychomoteur et affectif de l'enfant jusqu'à 6 ans révolus. C'est également un temps d'information et souvent, les équipes exercent une action de prévention (vaccination, prévention des accidents, de la maltraitance).

Des activités collectives sont également proposées aux familles afin de rompre leur isolement, de les soutenir dans leur fonction, de les informer sur la santé ou encore de favoriser la socialisation des enfants.

Les Centres d'information et de dépistage anonyme et gratuit (Cidag) et les Centres d'information, de dépistage, de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist)

Ces centres sont destinés à faciliter l'accès au dépistage du virus du Sida (VIH) et de l'infection au VHC (hépatite C). Dans le cadre d'une démarche volontaire, les examens sont réalisés de façon anonyme, confidentielle et gratuite. Il existe au moins une consultation dans chaque département, localisée dans un service de médecine d'un centre hospitalier public ou dans une structure médico-sociale dépendant du Conseil général. Une équipe pluridisciplinaire composée de personnels d'accueil, d'infirmiers, de médecins, et parfois de psychologues et de travailleurs sociaux répond aux questions des personnes concernées par ces maladies, dispense l'information et rappelle les actes de prévention à appliquer.

L'Atelier santé ville (ASV)

L'Atelier santé ville est fondé à partir du volet santé de la politique de la ville et du volet santé de la loi contre les exclusions. Il est le cadre opérationnel pour le développement de projets de santé publique et est chargé de décliner les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps). Les Praps s'inscrivent dans une démarche de prévention cherchant à résoudre les problèmes d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de vulnérabilité et/ou en situation de précarité. Au regard des 20 à 25 % de la population française touchée par la précarité, le Praps représente une programmation essentielle dans la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé.

Les centres de santé

Anciennement appelés dispensaires, les centres de santé ont une vocation de « médecine sociale ». Souvent implantés dans des agglomérations populaires, des médecins généralistes, des spécialistes, des dentistes, des infirmiers, des kinésithérapeutes et des assistants sociaux dispensent soins et consultations. Les équipes mènent auprès de populations spécifiques des projets de prévention visant notamment le Sida, les soins aux toxicomanes en ciblant la réduction des risques, et des actions de dépistage et de vaccination. Grâce à leurs liens avec les services sociaux, les centres de santé proposent un accueil aux patients exclus socialement. Ils sont également très actifs dans les secteurs de la petite enfance, de la planification familiale, de l'adolescence et du maintien à domicile.

Vu dans le journal municipal !

SANTÉ

À ta santé ! Un rendez-vous mensuel avec une infirmière du Centre municipal de santé Cornet qui répond, sous le signe de la convivialité et du respect, aux préoccupations de santé des jeunes de 16 à 25 ans.

De 15 h 00 à 17 h 30/Entrée libre.

Point information jeunesse (PIJ).

Les Centres communaux d'action sociale et les Services municipaux d'hygiène et de santé

Le Centre communal d'action sociale (CCAS) est un établissement public communal intervenant principalement dans le domaine de l'aide et de l'action sociales, matières pour lesquelles il dispose d'une grande liberté d'intervention pour mettre en œuvre la politique sociale déterminée par les élus locaux, par exemple en faveur des personnes âgées.

Les Services municipaux d'hygiène et de santé (SCHS) mènent des actions de prévention sur les conditions de vie et d'habitat, telle que la prévention du saturnisme infantile ; ainsi que des actions en direction de la jeunesse où de nombreux thèmes sont abordés tels que l'accès aux soins, les vaccinations, le Sida, la sexualité, la toxicomanie, la santé mentale... Le SCHS participe également à la démarche des Ateliers santé ville.

L'Assurance Maladie

Actrice majeure de la prévention des risques en santé publique, elle propose régulièrement à titre individuel et collectif des actions auprès des assurés sociaux. Ces actions concernent les dépistages systématiques, les bilans de santé, les actions de prévention et d'éducation à la santé, la prévention des risques professionnels.

Par exemple, pour lutter contre les maladies cardio-vasculaires, la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) a élaboré un nouveau programme de prévention. Les axes de ce programme sont d'optimiser l'identification et la prise en charge des patients à haut risque, de mieux évaluer le risque cardio-vasculaire, d'améliorer l'information des assurés et de promouvoir des mesures non médicamenteuses.

En 2007, l'Assurance Maladie, dans le cadre du plan ministériel de prévention bucco-dentaire, a mis en place un programme de prévention : « M'T dents » pour les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Il inclut la prise en charge d'un examen bucco-dentaire et la gratuité des soins prescrits. En 2008, 43 % des enfants de 6 ans ont consulté un chirurgien-dentiste contre 27 % précédemment.

Les Centres d'examen de santé

Les Centres d'examens de santé (CES), créés en 1954, sont gérés par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ou des Instituts interrégionaux pour la santé (Irsa). Les missions des CES sont de proposer un examen périodique de santé à tout assuré et ayant droit. Ils reçoivent en priorité les personnes présentant un risque particulier, par exemple les bénéficiaires du RSA, les personnes en précarité. Ils collectent par ailleurs des données d'observation de la santé de la population couverte par le régime général de Sécurité sociale.

Le ministère de la Justice

La santé carcérale

Le service médical en prison est appelé UCSA (Unité de consultations et de soins ambulatoires). Sa mission de prévention est adaptée au contexte particulier de l'enfermement et des problématiques de santé spécifiques aux détenus. Il établit, à l'arrivée de tous les détenus, un bilan de santé et un dépistage obligatoire de la tuberculose. Il propose un dépistage anonyme à chaque nouvel entrant concernant le VIH, les hépatites B et C ainsi que les infections sexuellement transmissibles. Il assure le suivi sanitaire des patients souffrant d'une pathologie ponctuelle ou chronique. De plus, il dispense de l'information et assure la prévention notamment en ce qui concerne le suivi de programme méthadone.

La Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

En plus des missions traditionnelles de prise en charge et d'accompagnement éducatif sur décision judiciaire des mineurs et jeunes majeurs, la Protection judiciaire de la jeunesse travaille de plus en plus sur la prévention dans une optique de prise en charge globale du jeune. Elle travaille en partenariat avec différents secteurs : santé, lutte contre l'exclusion, scolarité, formation, insertion, citoyenneté, famille...

LES AXES DE LA PRÉVENTION

La politique vaccinale

Un vaccin est destiné à protéger les individus d'une maladie causée par un microorganisme. C'est un médicament préparé à partir d'un agent infectieux atténué (virus, bactérie, parasite), de fragments de ces microbes ou des substances toxiques (toxines) qu'ils sécrètent. La vaccination consiste en l'injection du vaccin qui va susciter l'organisme à fabriquer des défenses qui lui confèrent une immunité.

La vaccination a été le premier outil de prévention à disposition des professionnels pour lutter contre les épidémies destructrices des XIXe et XXe siècles.

De nos jours, les crises sanitaires concourent à renforcer les stratégies de politique vaccinale, ainsi la vaccination a toujours sa première place comme mesure préventive. Ces politiques vaccinales sont établies par le ministère chargé de la Santé à travers deux lois récentes.

- **La loi de santé publique du 9 août 2004** a fixé deux objectifs en matière de vaccination : l'amélioration de la vaccination contre la grippe des groupes à risque et l'obtention et le maintien de taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés.
- **La loi du 13 août 2004** relative aux libertés et responsabilités locales a transféré à l'État la compétence des actions de prévention telles que les vaccinations.

Les enjeux des vaccinations

Les intérêts de vacciner la population sont liés à la situation épidémiologique des maladies infectieuses en France mais aussi dans le monde. Du fait de la circulation des germes et du développement des voyages, la protection conférée par la vaccination est individuelle mais aussi collective et donc nécessite une approche de santé publique. Elle diminue les épidémies et lutte contre les maladies infectieuses pour lesquelles il est possible de se protéger. Cependant malgré une perception favorable des vaccinations par la population et par les professionnels de santé, les taux de couverture vaccinale restent insuffisants pour permettre le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses concernées (exemple de la grippe H1N1).

Le calendrier vaccinal

Tous les ans, l'Institut de veille sanitaire (INVS) publie le calendrier vaccinal pour l'année en cours par l'intermédiaire **du bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)**. Le calendrier vaccinal fixe les vaccinations obligatoires et recommandées aux personnes résidant en France et en fonction des risques particuliers qu'elles encourent selon leur situation individuelle (âge, profession, terrain de vulnérabilité…).

Pour la population générale, certaines vaccinations sont obligatoires. Il s'agit des vaccinations contre :

- la diphtérie et le tétanos : seule la primo-vaccination avec le premier rappel à 18 mois est obligatoire ;
- la poliomyélite : la primo-vaccination et les rappels sont obligatoires jusqu'à l'âge de 13 ans ;
- la fièvre jaune : pour toutes les personnes résidant en Guyane.

Depuis 2008, le BCG est obligatoire uniquement pour les enfants exposés à un risque élevé résidant en Île-de-France, pour les personnes vivant en Guyane, celles ayant des antécédents familiaux, nées ou issues de parents originaires d'un pays très touché par la tuberculose, vivant dans un habitat précaire ou présentant des facteurs de risque.

Les organismes spécialisés dans les actions de vaccination

L'Institut Pasteur[5] est une fondation privée à but non lucratif dont la mission est de contribuer à la prévention et au traitement des maladies, en priorité infectieuses, par la recherche, l'enseignement, et par des actions de santé publique.

Air France propose des consultations avec vaccination, tout comme quelques centres hospitaliers spécialisés dans la médecine des voyages.

L'infirmier et la vaccination

Les infirmières jouent un rôle crucial dans les programmes de vaccination par leur rôle dans l'information à la population notamment auprès des mères et des enfants.

Les vaccins sont effectués soit par un médecin, soit par l'infirmière sur prescription médicale. Selon l'article R.4311-5-1 et l'arrêté du 29 août 2008 du Code de santé publique et la loi de juillet 2009, l'infirmier est habilité à pratiquer l'injection du vaccin antigrippal.

L'infirmier ou l'infirmière indique dans le dossier de soins infirmiers l'identité du patient, la date de réalisation du vaccin ainsi que le numéro de lot du vaccin lors de l'injection. Il ou elle déclare au centre de pharmacovigilance les effets indésirables portés à sa connaissance susceptibles d'être dus au vaccin.

Vaccinations obligatoires pour les professionnels de santé

Personnels visés par l'article L.3111-4 du Code de la santé publique (ancien article L.10) (voir arrêté du 15 mars 1991 et les deux arrêtés du 6 mars 2007)

- Diphtérie
- Tétanos
- Poliomyélite
- Hépatite B
- Typhoïde
- Tuberculose

Les campagnes de vaccination

Initiée par l'OMS en fonction des priorités vaccinales, le ministère de la Santé organise chaque année des campagnes de vaccination relayées sur toute la France par les acteurs sanitaires.

Exemple : la coordination nationale de la semaine européenne de la vaccination par le ministère de la Santé et des Sports et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

Lancée en 2005, cette semaine a pour objectifs de :

- sensibiliser la population à l'importance et aux enjeux de la protection vaccinale ;
- de fournir à la population des éléments d'information simples et didactiques sur la vaccination ;
- de répondre aux interrogations des personnes sur les maladies infectieuses souvent mal connues, voire oubliées ;
- faire le point sur les pratiques, les connaissances et les représentations des patients ;
- inciter les médecins à vacciner et plus particulièrement contre la rougeole, priorité de la semaine européenne de la vaccination 2010.

5 http://www.pasteur.fr

Vaccination, où en êtes-vous ?

CALENDRIER VACCINAL 2010 SIMPLIFIÉ

ÂGE	Naissance	2 mois	3 mois	4 mois	12 mois	16-18mois	24 mois	6 ans	11-13 ans	14 ans	16-18 ans	26-28 ans	36-64 ans	≥65 ans
BCG	■													
DIPHTÉRIE / TÉTANOS / POLIOMÉLITE		■	■	■		■		■	■		■	■	■	■
COQUELUCHE		■	■	■		■			■			■		
Hib *Haemophilus influenzae* de type b		■	■	■		■								
HÉPATITE B		■	■	■		■								
PNEUMOCOQUE		■		■	■									
MÉNINGOCOQUE de type C					■	■	■							
ROUGEOLE /OREILLONS/ RUBÉOLE					■	■	■							
PAPILLOMAVIRUS HUMAIN (HPV)										■				
GRIPPE														■

Pour acquérir une immunité de base, plusieurs injections sont souvent nécessaires (par exemple, trois injections à un mois d'intervalle avec rappel un an après).
Par la suite, l'immunité doit être entretenue par la pratique de rappels réguliers définis dans le calendrier vaccinal afin de maintenir une protection suffisante et durable.

Lorsqu'un retard est intervenu dans la réalisation d'un programme de vaccination, il n'est pas nécessaire de le recommencer.
Il suffit de reprendre ce programme au stade où il a été interrompu et de compléter la vaccination en réalisant le nombre d'injections requis en fonction de l'âge.

313-6310-PC Mis à jour : février 2010

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

VACCINATION DANS CERTAINES CONDITIONS

BCG

Dès la naissance chez tous les enfants exposés à un risque élevé de tuberculose (notamment tous les enfants résidant en Ile-de-France et en Guyane). Elle peut être proposée jusqu'à 15 ans chez les enfants à risque élevé non encore vaccinés.

DIPHTÉRIE - TÉTANOS - POLIOMYÉLITE

Un rappel tous les 10 ans à partir de 16 ans.

COQUELUCHE

Une dose de vaccin contenant la composante « coqueluche » est recommandée une seule fois chez les adultes n'ayant pas été vaccinés dans les dix années précédentes, en particulier chez les futurs parents et les personnels soignants.

HÉPATITE B

La vaccination débute dès le jour de la naissance (si la mère de l'enfant est infectée par l'hépatite B), et pour tous les autres enfants à partir de l'âge de 2 mois. Si la vaccination n'a pas été effectuée au cours de la première année de vie, elle peut être réalisée en rattrapage pour les enfants et adolescents jusqu'à 15 ans. Chez l'adulte, elle est recommandée chez les personnes à risque.

PNEUMOCOQUE

La vaccination est recommandée pour tous les nourrissons à 2, 4 et 12 mois. Pour les prématurés et les nourrissons à haut risque, une dose supplémentaire est nécessaire à 3 mois. Au-delà de 24 mois, cette vaccination est recommandée pour les enfants et les adultes à risque

MÉNINGOCOQUE de type C

La vaccination est recommandée avec une dose pour tous les enfants de 12 à 24 mois et en rattrapage chez les personnes de 2 à 24 ans.

ROUGEOLE / OREILLONS / RUBÉOLE

La vaccination est recommandée dès l'âge de 9 mois pour les enfants vivant en collectivité et à 12 mois pour tous les autres enfants avec une deuxième dose au moins un mois plus tard et, au plus tard, à 24 mois.

Les sujets nés depuis 1992 devraient avoir reçu deux doses de vaccin à un mois d'intervalle.

Un rattrapage avec une dose de vaccin trivalent doit être proposé aux personnes qui, nées entre 1980 et 1991, n'ont jamais été vaccinées, ainsi qu'à toutes les femmes non vaccinées contre la rubéole et en âge d'avoir des enfants.

PAPILLOMAVIRUS

La vaccination est recommandée à toutes les jeunes filles de 14 ans, avant exposition au risque d'infection. Un rattrapage est possible entre 15 et 23 ans pour les femmes qui n'ont pas eu de rapports sexuels ou au cours de l'année qui suit le début de leur vie sexuelle.

GRIPPE

La vaccination contre la grippe est recommandée chaque année à partir de l'âge de six mois pour les personnes à risque et pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus.

Figure 3.1. Calendrier vaccinal 2010, tableau simplifié
Source Inpes

En France, un nombre de plus en plus important de régions prend part à cette semaine européenne de la vaccination (24 régions en 2010). Toutes mettent en place des actions de communication, d'information, de sensibilisation en direction du grand public et des professionnels de santé.

Coordonnée par l'OMS Europe, la semaine européenne de la vaccination a été mise en place par 34 pays européens en 2009.

La médecine prédictive et le dépistage

La médecine prédictive consiste à repérer les risques de maladie encourus par une personne ou à identifier les facteurs de risque susceptibles de la déclencher. Les différents examens consistent à effectuer un diagnostic de prédisposition. Les méthodes utilisées sont variées : questionnaires, mesures cliniques, tests biologiques sanguins et urinaires, tests génétiques...

Les examens de santé servent à évaluer l'état de santé d'un individu par un entretien, des examens médicaux et/ou complémentaires en vue d'identifier une maladie ou un facteur de risque jusqu'alors inconnu. Ils servent également à évaluer les conséquences sur la santé de la progression d'une maladie déjà reconnue ou d'un facteur de risque.

Les bilans de santé

On appelle examen systématique les bilans de santé proposés gratuitement à une population cible dans une visée préventive ; ils peuvent être réalisés dans le cadre de consultations gratuites.

■ Les consultations gratuites des 16 à 25 ans ont été instituées par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article 55). La consultation est annuelle et l'assuré est dispensé de faire l'avance de frais.

■ Le bilan de santé des assurés du régime général de la Sécurité sociale est un bilan gratuit proposé tous les 5 ans aux assurés du régime général. Il est effectué dans les centres agréés ou gérés par les Caisses primaires d'assurance maladie. Sont prioritairement concernés des personnes vulnérables du fait de leur situation sociale telle que :

- les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) et de la CMU,
- les jeunes de 16/25 ans en stage de formation,
- les chômeurs,
- les personnes âgées de 60 à 75 ans,
- les personnes aujourd'hui inactives et qui ont été exposées à l'amiante ou à la poussière de bois pendant dans leur vie professionnelle,
- les invalides, les handicapés et les bénéficiaires d'une rente d'accident du travail.

■ **Le déroulement du bilan de santé**

Le bilan comporte une série d'analyses biométriques et biologiques (sang, urine), des tests évaluant la vision, l'audition, la capacité respiratoire, l'activité cardiaque (ECG.). Un examen clinique effectué par un médecin complète le bilan. Les résultats sont transmis à l'assuré au cours d'une autre consultation, ils sont accompagnés de conseils de prévention. Un double est adressé au médecin traitant.

Les examens de santé obligatoires

Au fil de la vie, des examens sont obligatoires, notamment pour la femme enceinte et l'enfant.

Situation selon le cycle de la vie	Examen de santé obligatoire
Le nouveau-né avant un mois	Dans les 8 jours qui suivent la naissance, l'examen donne lieu à l'établissement du 1er certificat de santé
Enfant entre 2 et 6 ans	8 examens obligatoires : 2 fois/an jusqu'à 6 ans (pédiatre, médecin traitant ou en PMI)
Enfant de 6 ans	Examen d'entrée à l'école primaire
Enfant de 12 ans	Examen de dépistage bucco-dentaire
Adulte en activité professionnelle	Visite de santé au travail à l'embauche et/ou annuelle
Femme enceinte	Examens de suivi de la grossesse : Au 1er trimestre Aux 6e mois, 7e mois, 8e mois, 9e mois Dans les 8 semaines postnatales

L'examen bucco-dentaire des enfants et adolescents

Il concerne les jeunes âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Un rendez-vous gratuit est prévu dans le cadre d'un dispositif national mis en place par l'État, les Caisses d'assurance maladie et les syndicats professionnels de chirurgiens-dentistes. Cet examen de prévention vise à favoriser un suivi régulier des enfants et adolescents pour renforcer leur hygiène bucco-dentaire et leurs habitudes alimentaires. Il est obligatoire à 6 et 12 ans. Les caisses de certains régimes d'assurance maladie obligatoires peuvent étendre ces mesures à d'autres publics (par exemple : femmes enceintes, séniors).

Le dépistage

Le dépistage est un acte de prévention réalisable à titre individuel et à l'échelon collectif dans le cadre de dépistage de masse appelé « dépistage organisé ».

Souvent, il cible un organe (sein, col de l'utérus, côlon). Seuls deux programmes de dépistage organisé des cancers sont maintenant généralisés à l'échelle nationale (métropole et Dom). Il s'agit du dépistage du cancer du sein depuis 2004, et du cancer colorectal depuis 2008. Ces deux cancers répondent aux critères de santé publique justifiant un dépistage pour la population des 50-74 ans car ces cancers touchent plus particulièrement cette tranche d'âge. Le dépistage implique une prise en charge précoce, de meilleurs résultats de survie et une diminution du coût de la prise en charge. Ces campagnes sont pilotées actuellement au niveau national par le ministère de la Santé, l'Assurance Maladie et l'Institut national du cancer (Inca). L'évaluation du programme est assurée par l'Institut de veille sanitaire (INVS).

La mise en œuvre

La mise en œuvre du programme est départementale. Elle est confiée à des structures de gestion départementales qui assurent :

- l'invitation, les relances, et les réinvitations régulières de l'ensemble de la population cible à partir des fichiers des Caisses d'assurance maladie ;
- le suivi des personnes dont le test est positif ;
- la tenue de la base de données et l'évaluation à l'échelon départemental ;

– l'organisation de la seconde lecture des mammographies (cancer du sein) ;
– la communication grand public dans sa déclinaison locale (publics ciblés,
– l'information en continu de la population au cas par cas ;
– l'information collective ponctuelle, ou en continu, au cas par cas, des professionnels
– l'organisation de formations des professionnels (cancer colorectal).

Les dépistages les plus fréquents

Pathologies	Test de dépistage
Cancer du sein	Mammographie
Cancer du côlon	Hémocult
Phénylcétonurie	Test de Guthrie
HIV	Test Elisa
Dégénérescence maculaire liée à l'âge	Test visuel de la grille d'Amsler
Cancer du col de l'utérus	Frottis vaginal
Diabète	Glycémie à jeun Glycémie capillaire préprandiale Glycosurie
Trisomie	Marqueurs du 1er trimestre : PAPPA et HCG libres Amniocentèse

Le contexte et les enjeux

Trois conditions sont nécessaires pour assurer une efficacité du dépistage :
– obtenir la participation de la population et assurer une participation au dépistage organisé de 70 % ;
– impliquer des partenaires et avoir l'adhésion des professionnels de santé ;
– s'adapter au terrain : connaissance de la population, des professionnels, des partenaires institutionnels et associatifs.

Illustration : une campagne de dépistage efficace en Seine-Saint-Denis menée par l'Ardepass, l'Association de recherche et de dépistage des pathologies du sein en Seine-Saint-Denis

• Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme, en Seine-Saint-Denis, en France, mais aussi dans le reste du monde.

• La Seine-Saint-Denis se place parmi les premiers départements français pour la mortalité par cancer du sein chez les femmes, avec un taux de décès nettement supérieur à la moyenne nationale. Il est la première cause de décès par cancer chez les femmes et ce taux de mortalité continue à augmenter.

• Cette campagne, menée en parallèle au lancement du dépistage du cancer du sein en Seine-Saint-Denis, a été ensuite reproduite régulièrement Elle est importante pour sensibiliser, informer les femmes et leur entourage. Il y a en effet un grand nombre de femmes qui ne vont pas régulièrement consulter un médecin, ou même des femmes qui ne se font jamais suivre par un médecin après leur ménopause. C'est un phénomène que l'on constate déjà dans les différentes enquêtes nationales et départementales.

…

…

Les femmes qui ne réalisent pas les actes de prévention comme la mammographie ou le frottis du col de l'utérus sont également celles qui consultent peu.

• Les raisons qui empêchent certaines femmes de consulter et d'effectuer la mammographie de dépistage peuvent être multiples : facteurs sociaux et culturels, contraintes économiques, fatalisme, peur de la maladie, etc. Nous savons aussi qu'il existe de nombreuses idées inexactes comme celle qui prétend que le cancer du sein concerne surtout les femmes plus jeunes.

• Les partenaires, les acteurs du dépistage du cancer du sein en Seine-Saint-Denis

– Les professionnels sanitaires et sociaux :

Les médecins généralistes et spécialistes sont en première ligne dans ce programme, de même que les radiologues. Ils peuvent informer leurs patientes et les inciter à participer au dépistage organisé.

Le personnel paramédical est également amené à participer au programme pour informer, expliquer et convaincre, pour rassurer les femmes.

En aval, les professionnels de la santé interviennent dans le suivi des femmes dont le résultat du dépistage est positif (c'est-à-dire qui présente une suspicion de cancer du sein), pour confirmation par des examens complémentaires et éventuellement un suivi thérapeutique.

Les travailleurs sociaux jouent un rôle essentiel auprès de leur public dans la transmission de l'information, dans la sensibilisation et l'accompagnement des femmes vers le dépistage.

– Les associations de femmes :

Elles jouent un rôle actif dans l'élaboration du programme de l'Ardepass et sa mise en œuvre. Elles sont représentées au conseil d'administration de l'Ardepass et interviennent à plusieurs titres : pour l'analyse des besoins, l'identification des freins au dépistage et les moyens d'y remédier, le suivi psychologique et social des femmes atteintes…

Les résultats de la campagne de dépistage organisé montrent que la qualité et l'efficacité du dépistage radiologique sont au niveau des références européennes, tout en constatant que trop de femmes ne bénéficient pas du processus de qualité :

– une faible participation (environ 35 % en 2004), due en partie à la pratique individuelle du dépistage ;

– un dépistage de qualité avec un taux de rappel très proche de la référence ;

– un dépistage efficace en termes de précocité dans le diagnostic des cancers ;

– un dépistage justifié, avec 70 % des femmes n'ayant jamais bénéficié d'une mammographie ou en nécessitant une.

La démarche de dépistage

Une lettre d'invitation est adressée aux femmes de 50 à 74 ans pour une consultation radiologique dans le centre agréé. L'examen de dépistage consiste en une mammographie avec au moins deux incidences.

L'organisme gestionnaire du département effectue une deuxième lecture.

Si les deux lectures sont normales, la femme reçoit ses résultats et procèdera à un nouvel examen dans 2 ans. Si, lors de la deuxième lecture, l'image est suspecte, la procédure se poursuit par des examens complémentaires. Selon le verdict, un bilan diagnostic par un spécialiste est proposé.

Si l'image est d'emblée suspecte, un bilan complémentaire est réalisé et, parfois, un avis de spécialiste est demandé.

Le diagramme suivant illustre le déroulé de la consultation diagnostique.

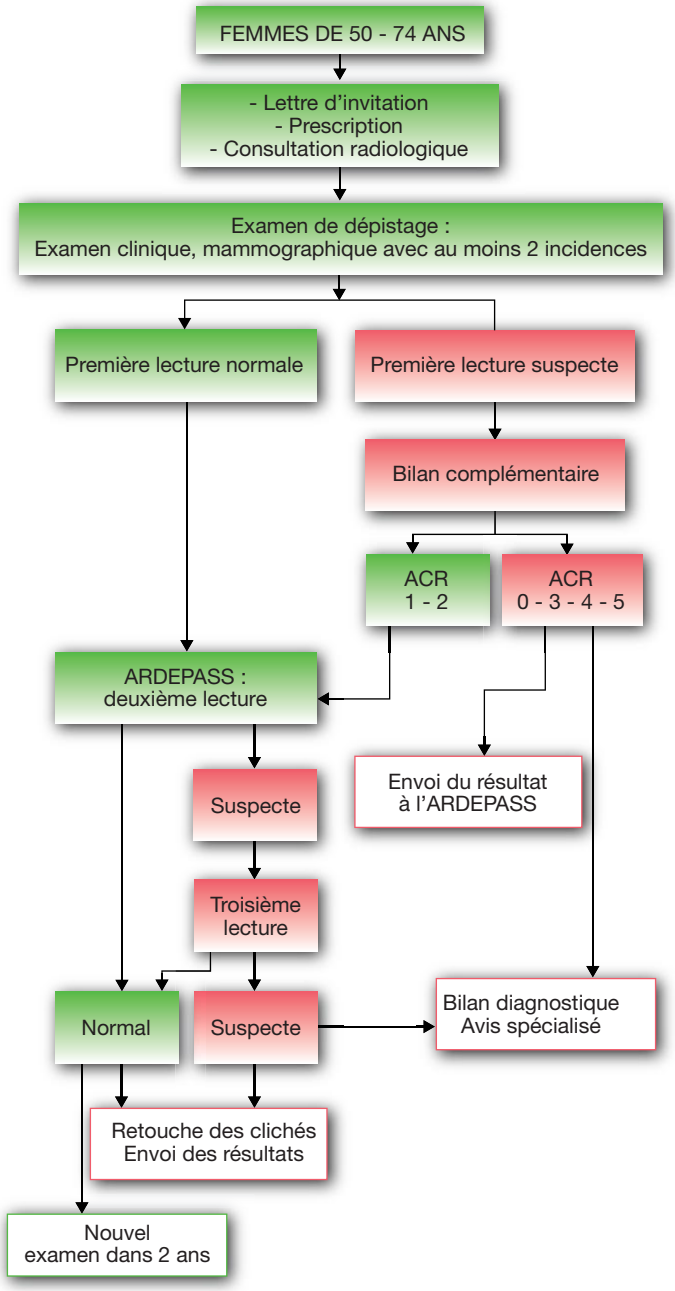


Figure 3.2. Schéma du dépistage du cancer du sein
Source : Ardepass, 2009

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

L'éducation pour la santé s'inscrit dans la politique de promotion de la santé telle qu'elle a été définie par l'OMS en 1986 dans la charte d'Ottawa.

L'éducation à la santé *a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité… Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun. Elle informe et interpelle aussi tous ceux qui, par leur profession ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population, au travers des décisions qu'ils prennent ou des conduites qu'ils adoptent*.

L'Inpes en donne une autre définition, il s'agit pour lui d'un *ensemble de moyens permettant d'aider les individus et les groupes à adopter des comportements favorables à la santé en développant leur autonomie et leur sens de la responsabilité.*

Les moyens

L'éducation pour la santé mobilise plusieurs techniques :

- Les campagnes de masse qui ont pour objectif de sensibiliser la population et de modifier l'image générale de certains comportements à risques (comme c'est le cas pour le tabagisme).
- Les actions collectives de proximité qui permettent d'engager un dialogue : rencontre, débat, conférence pour détailler l'information, la compléter et faire poser des questions au public, de travailler collectivement les représentations.
- Les actions individualisées qui peuvent se dérouler dans des environnements spécifiques : la consultation médicale, par exemple, pour laquelle un certain nombre d'outils ont été conçus afin d'aider à l'instauration d'un dialogue constructif.
- Pour l'infirmier, il existe une complémentarité entre approches collectives et individuelles quelque soit son lieu d'exercice. L'éducation pour la santé est l'un des outils privilégiés de la santé publique et de la prévention. Ses concepts, ses champs d'application, ses méthodes, ses enjeux, ses outils et ses modes d'évaluation seront développés dans un volume ultérieur[6].

Les objectifs

L'éducation pour la santé s'attache à développer la démocratie participative et l'action communautaire, la mobilisation des aptitudes personnelles et collectives, l'éducation du patient.

La démocratie participative et l'action communautaire prennent appui sur les demandes et les représentations des publics auxquels elle s'adresse. Elles définissent avec ces publics les objectifs de ses interventions, en utilisant des méthodes favorisant la participation et l'*empowerment* (voir chapitre 1 : « Concepts et méthodes en santé publique »).

La mobilisation des aptitudes personnelles et collectives permet d'accompagner les publics dans la proximité et la durée, d'installer des situations pédagogiques en laissant une place aux individus et aux groupes dans la construction et l'appropriation des savoirs et des compétences.

6 *Soins éducatifs et préventifs*, coll. Essentiels en IFSI, volume 12. À paraître

L'éducation du patient s'adresse aux personnes engagées dans une relation de soin et à leur entourage. Elle est basée sur la construction d'une relation patient-soignant fondée sur la participation active du patient et visant l'autonomie de ce dernier.

«Conseiller en santé, une facette inédite de notre métier»

Cnam. Lettre d'information aux infirmiers N° 5 - mars 2010.

Le service Sophia a pour but de relayer l'action des médecins dans la prise en charge des malades chroniques. Il est expérimenté dans onze départements dont La Réunion, où il vient d'ouvrir. À ce jour, plus de 50000 patients ont choisi d'adhérer. Ils bénéficient d'un accompagnement téléphonique mené par 52 conseillers en santé qui sont des infirmiers spécialement formés. Rencontre avec l'un d'entre eux.

Depuis un an, je conseille par téléphone des personnes atteintes de diabète. Mon rôle est de les informer en prenant le temps nécessaire et de leur apporter des moyens d'agir sur la maladie dans leur vie de tous les jours», explique Christine Soler, son casque-micro à portée de main. Après vingt ans d'un exercice en libéral prenant, elle a fait le choix de devenir conseillère en santé en 2008 pour susciter plus d'interaction avec le médecin.

Au quotidien, un conseiller en santé relaie les messages du médecin traitant. Il fournit des clés aux patients pour les aider à mieux comprendre le diabète, les risques de complications, et à interagir plus facilement avec le praticien, décrypte Christine Soler. *C'est un métier d'écoute pour lequel j'ai dû changer mes réflexes professionnels. Le but est moins de "materner" les patients que de leur donner confiance en les aidant à prendre prise sur le diabète,* ajoute-t-elle.

Donner des clés pour agir sur le diabète. *Le diabète de type 2, dont souffrent 90% des bénéficiaires du service, est une affection dont il est possible de retarder les risques de complications, en adoptant notamment certains réflexes hygiéno-diététiques : avoir une activité physique régulière, manger équilibré, réaliser ses examens de suivi, prendre ses médicaments,* précise Christine Soler, confiante. *Il y a un an, beaucoup d'adhérents à Sophia ne savaient pas ce qu'était le dosage de l'HbA1c. Cette observation est déjà moins fréquente aujourd'hui,* conclut-elle, avec un brin de satisfaction dans la voix.

Les structures principales d'éducation à la santé

L'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes[7])

Placé sous la tutelle du ministère de la Santé, l'Inpes a pour missions de mettre en œuvre les programmes de santé publique. Il exerce une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé. Il assure le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire. Il participe à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives. Il doit établir les programmes de formation à l'éducation à la santé.

Son activité se décline en douze programmes, intégrant les dépendances (tabac, alcool, drogues) mais aussi le Sida, la nutrition, les maladies chroniques, les accidents domestiques. L'Inpes organise régulièrement des grandes campagnes de prévention. C'est un centre de ressource majeur pour l'organisation d'action éducative et la diffusion d'outil d'éducation pour la santé (brochure, audiovisuel, documents méthodologiques...).

7 http://www.inpes.sante.fr/

Le réseau des comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé

Appelé Cres ou Codes, c'est le seul réseau dont l'activité centrale est l'éducation et la promotion de la santé. Il organise des formations et met à disposition un fonds documentaire et des outils méthodologiques en éducation pour la santé. Il soutient les professionnels dans leur action par une aide méthodologique. À partir de 2010, ces organismes seront transférés au sein des ARS.

Les Schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps)

Apparus en 2001 par une circulaire de la Direction générale de la santé, les objectifs du Sreps sont de développer une culture commune d'éducation pour la santé, d'optimiser l'organisation des services et la répartition de l'offre afin de mieux répondre aux besoins des intervenants et des populations tout en réduisant les disparités.

Les missions des Sreps seront revues avec la création des ARS.

Points clés à retenir

- La prévention vise à empêcher la survenue ou l'aggravation de la maladie en réduisant ou supprimant les facteurs de risque, en organisant le dépistage, en évitant ou retardant les complications, ou en favorisant la réinsertion des personnes atteintes.
- La prévention est un domaine en pleine évolution, très prometteur en termes d'amélioration du bien-être et de la santé de la population. Cependant, son organisation est complexe et les Agences régionales de santé auront pour mission de donner plus de cohérence aux programmes de prévention.
- Il s'agit de mieux intervenir sur tous les déterminants de santé afin de réduire les inégalités, sociales et géographiques, de santé.
- Les principaux outils de la prévention sont la vaccination, le dépistage, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique.

AGIR

PARTICIPATION INFIRMIÈRE À UNE CAMPAGNE DE VACCINATION

L'infirmière en santé au travail du siège social (800 salariés) d'un grand groupe d'assurance organise une campagne de vaccination antigrippe, en collaboration avec le médecin du travail et en accord avec l'employeur. Elle organise cette campagne avec méthodologie. Les paramètres essentiels à prendre en compte pour que la campagne soit efficace sont échelonnés sur l'année. Elle organise tout d'abord des réunions préparatoires avec la hiérarchie afin d'obtenir l'adhésion des différents acteurs de l'entreprise au projet. Elle assure la co-construction de la campagne avec les partenaires internes et externes de l'entreprise. Après avoir pris connaissance des moyens financiers, techniques et humains disponibles pour assurer cette campagne, elle informe et sensibilise les salariés sur l'intérêt de la vaccination antigrippale. Elle comptabilise leur demande et planifie la période de vaccination. Elle s'assure de la disponibilité de l'équipe de santé au travail à cette période.

1 IDENTIFIER LES DONNÉES SIGNIFICATIVES

Quelles données relève-t-on ?	Pourquoi sont-elles significatives ?
L'infirmière en santé au travail, en collaboration avec le médecin du travail	Précision sur le contexte d'activité de l'infirmier
Une campagne de vaccination antigrippe	Thème de l'action de prévention et de promotion de la santé organisée
• Accord de l'employeur • Des réunions préparatoires	Aspect réglementaire de l'activité dans l'entreprise
Avec méthodologie	Condition de réussite de la campagne
• Adhésion des différents acteurs de l'entreprise au projet • Co-construction de la campagne avec les partenaires internes et externes de l'entreprise. • Moyens financiers, techniques et humains • Informe et sensibilise les salariés • Planifie la période de vaccination • S'assure de la disponibilité de l'équipe de santé au travail	Précisions sur la démarche organisationnelle suivie

2 COMPRENDRE ET ÉVALUER LA SITUATION

Que faut-il comprendre ?	Évaluation
L'équipe de santé d'un service de médecine de travail est chargée de protéger les salariés en veillant à leurs conditions de travail et d'assurer la promotion de la santé. Ses actions considèrent les conditions de travail au sein de l'entreprise et tiennent compte de l'environnement extérieur des salariés	Médecine préventive au sein de l'entreprise
Lorsque les pouvoirs publics annoncent une endémie grippale, l'action du service de santé au travail contribue à participer à la protection des salariés contre la grippe	Promotion de la santé Action préventive qui peut diminuer le nombre d'arrêts de travail qui découle de la grippe
L'organisation d'une campagne de vaccination s'effectue en concertation avec la direction de l'entreprise et associe la direction générale, la direction des ressources humaines, le comité d'établissement, le comité d'hygiène et de sécurité, les syndicats et le service médical. Ces réunions permettent d'obtenir l'adhésion au projet des différents acteurs de l'entreprise et de les impliquer. À partir de ces échanges, l'équipe de santé du travail qui a reçu l'accord de la hiérarchie peut mettre en place la démarche pour lancer le projet	Prise de décision du lancement de la campagne
La démarche de projet nécessite une méthodologie afin de prendre en compte les paramètres essentiels pour que la campagne soit efficace. Chaque étape de la démarche est planifiée sur un planning prévisionnel qui permet de progresser et d'être prêt au moment de la période propice pour la vaccination	Organisation prévisionnelle de la campagne

Que faut-il comprendre ?	Évaluation
Les étapes de la démarche s'échelonnent sur l'année. On distingue ainsi : • les réunions préalables au projet et l'obtention de le l'accord des dirigeants de l'entreprise • l'adhésion au projet des partenaires au sein de l'entreprise • la construction avec ces partenaires de la campagne • la sensibilisation des salariés • l'obtention et le recensement des moyens pour la campagne • la planification prévisionnelle de la démarche • le lancement de la démarche avec l'équipe de santé au travail	Les conditions de réussite de la campagne sont effectives

3 METTRE EN ŒUVRE DES ACTIONS

Quelles actions met-on en œuvre ?	Pourquoi ?
Établir le calendrier prévisionnel d'action	Il s'agit de la planification sur l'année des étapes à mener pour que la campagne soit débutée à l'automne, période propice à la prévention, puisque la grippe apparait lors du dernier trimestre de l'année
Janvier/février • Réunions préparatoires	Cette étape a été réalisée mais est inscrite dans le planning prévisionnel car le projet ne peut être soumis à la direction qu'après avoir été réfléchi au préalable. Les accords ne sont donnés que si le projet s'inscrit dans une politique de prévention en cohérence avec les besoins de l'entreprise

3 Organisation de la prévention

Quelles actions met-on en œuvre ?	Pourquoi ?
Mars/avril • Réunions d'organisation – Précision sur les acteurs de la vaccination : service médical ou prestataire extérieur – Organisation des commandes de vaccins – Identification des axes de communication et des supports d'information à destination des salariés – Recensement des locaux disponibles pour le stockage, les lieux de communication – Étude du budget alloué	Ces réunions permettent d'affiner le projet et d'adapter les objectifs et les moyens Connaissance précise des moyens financiers, techniques, humains disponibles et réservation anticipée des locaux et des activités des personnes impliquées dans la campagne
Mai • Commande des supports d'information : brochures • Lancement de la campagne de sensibilisation des salariés • Enquête pour évaluer le nombre de personnes intéressées	Suite logique de la démarche, après l'organisation logistique, il faut que les salariés soient au courant de la campagne et dispose d'information pour répondre aux différentes questions qu'ils se posent, pour avoir des connaissances sur le vaccin et les risques, sur la grippe et l'intérêt de la vaccination.
Juin • Interprétation des résultats de l'enquête • Commande des vaccins	Le nombre potentiel de salariés susceptibles de se faire vacciner étant précisé, le service médical estime le nombre de vaccins nécessaires et assure leur commande
Septembre • Informations spécifiques à destination des chefs d'ateliers, d'équipe et de service • Informations aux instances décisionnelles sur le lancement de la campagne • Information à destination des salariés par différents moyens : courriel, affiches, journal interne, courrier... • Établissement des plannings des périodes de vaccinations en tenant compte des différents horaires des salariés et des disponibilités de l'équipe médicale • Vérification du matériel de secours d'urgence et approvisionnement en petits matériels de soins (compresses, désinfectants, collecteurs d'aiguilles...)	Effort de communication à destination des salariés pour plébisciter la campagne Harmonisation des horaires de chacun pour dégager un créneau permettant la vaccination Regroupement du matériel nécessaire à la vaccination et aux soins d'urgence éventuels

Quelles actions met-on en œuvre ?	Pourquoi ?
Début octobre • Réception et stockage des vaccins • Relance de l'information • Rappel des créneaux de vaccinations aux chefs d'équipe et aux membres de l'équipe médicale	Phase finale de préparation
Octobre/novembre • Réalisation de la campagne	Action de vaccination et aboutissement du projet
Décembre • Bilan de la campagne	L'équipe médicale évalue l'efficacité de la campagne (objectifs atteints), son impact et son efficience (moyens adéquats), recense les difficultés, les problèmes rencontrés et propose des mesures correctives Rédaction du bilan soumis à la direction pour anticiper le budget pour l'année suivante

4 NOTER ET ANALYSER LES RÉSULTATS OBTENUS

Résultats	Évaluation des résultats de la prise en charge
• Atteinte des objectifs • Évaluation quantitative très satisfaisante • Diminution significative du nombre d'arrêts de travail d'octobre à décembre • Logistique et moyens satisfaisants • Aucun cas de réaction à la vaccination déclaré • Satisfaction du personnel et des équipes	La campagne de sensibilisation à permis de vacciner un grand nombre de salariés Reconduction de la campagne pour l'année suivante envisageable

S'ENTRAINER

VÉRIFIER SES CONNAISSANCES

1

1. Cochez dans la liste ci-dessous les vaccins obligatoires et recommandés pour exercer la profession d'infirmière.

Vaccins	Obligatoires	Recommandés
BCG		
Fièvre jaune		
Hépatite B		
Grippe H1N1		
Tétanos		
Gardasil		
Hépatite A		

0 : ni recommandé, ni obligatoire.

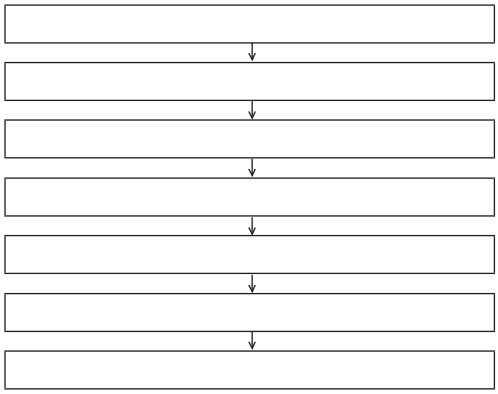
2. Identifiez le nom du test de dépistage de ces pathologies.

Pathologies	Test de dépistage
Cancer du sein	
Cancer du côlon	
Phénylcétonurie	
HIV	
Dégénérescence maculaire liée à l'âge	
Cancer du col de l'utérus	
Diabète	
Trisomie	
Cancer de la prostate	

3. Pour chaque situation, nommez le type d'examen de santé obligatoire.

Situation	Type d'examen
Le nouveau-né avant un mois	
Enfant entre 2 et 6 ans	
Enfant de 6 ans	
Enfant de 12 ans	
Adulte en activité professionnelle	
Femme enceinte	

4. Complétez et ordonnez les étapes du processus de dépistage : 1re lecture par le centre de radiologie normale + 1re lecture par le centre de radiologie suspecte / envoi des résultats / femme de 50 à 74 ans / normal + suspect / Mammographie / contrôle dans 2 ans + avis d'un spécialiste / deuxième lecture centre de gestion du département + bilan complémentaire



2 QCM

1. Parmi les propositions suivantes, identifiez la seule réponse juste :

a. Le dépistage est une mesure de prévention primaire.
b. Le dépistage coûte cher à la collectivité.
c. Le dépistage est une mesure de prévention tertiaire.
d. Le dépistage du cancer du sein est douloureux.
e. Le dépistage du cancer du sein est gratuit pour les femmes de plus de 50 ans.

2. Parmi les propositions suivantes concernant les bilans systématiques, une seule est fausse, laquelle ?

a. Les examens de santé effectués dans les centres agréés par une caisse de Sécurité sociale sont gratuits pour les assurés sociaux.
b. Tous les 5 ans, un assuré social peut bénéficier d'un examen de santé dans les centres gérés ou agréés par une caisse de Sécurité sociale.
c. Les examens des enfants du premier âge conditionnent l'attribution des allocations familiales liées à l'enfant.
d. Les examens de santé effectués dans les centres gérés et agréés par une caisse de Sécurité sociale sont obligatoires.

3. Parmi cette liste des examens pratiqués au cours d'un bilan de santé, un seul n'est pas réalisé :

a. Électrocardiogramme.
b. Prise de pression artérielle.
c. Électroencéphalogramme.
d. Bilan sanguin.

e. Test visuel.
f. Analyse d'urine.

4. Quelle est parmi les 5 affections suivantes, celle qui n'est pas à déclaration obligatoire ?
a. Rougeole.
b. Sida.
c. Tuberculose.
d. Rage.
e. Méningite.

5. La visite médicale d'embauche doit être effectuée :
a. Dans l'année qui suit l'embauche.
b. Dans le mois après la prise de fonction.
c. Pour un salarié en contrat intérim.
d. Pour un stagiaire.
e. Par l'infirmière de santé au travail.

6. Parmi ces vaccinations, une seule est obligatoire pour l'ensemble de la population française :
a. BCG.
b. Tétanos.
c. Hemophilus influenza B.
d. Rougeole.
e. Papillomavirus humains.
f. Hépatite B.

7. Deux programmes de dépistage organisés des cancers sont maintenant généralisés :
a. Dépistage du cancer du sein.
b. Dépistage du cancer de la prostate.
c. Dépistage du cancer du côlon.
d. Dépistage du cancer du poumon.
e. Dépistage du cancer de l'utérus.

8. Le dépistage gratuit du HIV est pratiqué dans :
a. Les PMI.
b. Les CIDAG.
c. Les ASV.
d. Les CPAM.
e. L'Inpes.
f. La PJJ.

TRANSFÉRER À D'AUTRES SITUATIONS

1 L'obésité infantile est un problème de santé publique pour lequel le gouvernement a lancé un plan de prévention depuis 2001 : le Plan national nutrition santé (PNNS).
Citez un exemple d'action de prévention primaire, secondaire et tertiaire qu'une infirmière peut mettre en place pour réduire ce problème de santé, en situant à chaque fois le type d'institution de l'exercice infirmier.

	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Exemple			
Institution			

2 L'Atelier santé ville (ASV) d'une ville urbaine de 50 000 habitants a été sollicité pour monter un projet de prévention à l'occasion de la journée mondiale contre le Sida. L'infirmière coordinatrice de cet ASV est responsable de la mise en place de ce projet. Elle dispose des informations suivantes pour bâtir l'organisation de cette journée de prévention :
– La ville en question est une agglomération plutôt populaire avec une stratification sociale des quartiers : deux quartiers à l'habitat dégradés où vit plutôt une population de migrants d'origines multiples ; un quartier résidentiel constitué de petits pavillons où l'on retrouve les habitants les plus âgés souvent originaires de la ville, et un quartier de centre-ville avec une mixité sociale plus importante : cadre, employés, commerçants, ouvriers, étudiants y vivent. Deux lycées : général et technologique, six collèges et de nombreuses écoles primaires et maternelles. Les transports sont nombreux et fréquents.
– La mairie soutient l'ASV dans ses projets par l'intermédiaire de la chargée de mission santé qui apporte une aide logistique (prêt de salles, reprographie, voiture, personnels). Les habitants bénéficient d'un centre de planning familial et d'un centre de santé qui permet un recours aux soins pour les habitants les plus modestes, une activité de Cidag (Centre de dépistage anonyme et gratuit) se déroule dans les locaux. On note la présente de professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers), mais ils ont une activité soutenue car leur densité sur le territoire est insuffisante : ils sont peu disponibles. La ville a développé une politique en faveur de la petite enfance et des jeunes en développant les maisons de quartier : par exemple, à proximité de l'ASV, il existe un mur d'expression adossé à un centre d'animation. La ville a ouvert un centre social, un PAEJ (Point d'accueil-écoute-jeunes) tenu par Émilie, une chargée de mission, sociologue de formation avec qui vous avez

mené déjà plusieurs projets et un petit théâtre subventionné par la ville, le « le 104 ».
– De nombreuses associations sont actives sur la ville, associations sportives, culturelles et de prévention santé. L'association AGO s'occupe de l'accueil, de la réduction des risques et des soins des personnes consommatrices de substances licites et illicites (alcool, crack, médicaments détournés de leur usage). Une autre association, Africaid, a ses locaux dans le quartier de l'ASV, elle a pour objectif le soutien aux populations africaines et la prévention du Sida.
Le budget disponible est d'environ 1 000 euros, c'est le Groupement régional de santé publique (GRSP) qui finance cette journée car elle s'inscrit dans les objectifs du Plan régional de santé publique de la région.
Les objectifs poursuivis sont les suivants :
– mobiliser des habitants et des acteurs socio-sanitaires autour du VIH dans les quartiers ;
– organiser sur une journée des actions et des événements sur différents sites portés par des équipes-partenaires et diversifiées ;
– promouvoir la participation des habitants sur le thème du VIH-Sida.
L'infirmier sélectionne les acteurs et les structures qui vont relayer l'information, participer de façon active à l'action et fournir des outils, de l'information, des moyens.

Identifier les données significatives

Quelles données relève-t-on ?	Pourquoi sont-elles significatives ?

Comprendre et évaluer la situation

Que faut-il comprendre ?	Évaluation

Justifier la mise en œuvre des actions

Quelles actions met-on en œuvre ?	Pourquoi ?
Planifier le programme de la journée en veillant à utiliser les structures et acteurs participants, idée de faire un parcours citoyen **• Point de départ devant AGO à 14 h** – Activités proposées : stand d'informations, préservatifs, quiz, manège enchanté, le fil rouge – Partenaires : Atelier santé ville – Public visé : adultes et adolescents d'une manière générale et toxicomanes en particulier – Supports : manège enchanté, quiz • Distribution des passeports pour permettre de gagner des lots à l'arrivée à la mairie	

Quelles actions met-on en œuvre ?	Pourquoi ?
• **Participation d'Africaid** : Activités proposées : films de prévention contre le Sida, quiz – Partenaires : Inpes, Atelier santé ville – Public visé : adulte et adolescents d'une manière générale, populations migrantes en particulier • **Supports de l'Inpes** : visualisation des films sur les migrants, documentation : *Le Sida, c'est quoi ?* • **Centre de santé** – Activités proposées : tenue d'un stand d'information sur la prévention, les idées reçues, le dépistage gratuit et anonyme. Distribution de préservatifs masculins et féminins. Démonstration du port du préservatif féminin à l'aide de la Rosine. – Partenaires : Atelier santé ville – Nombre d'exposants : 2 personnes (une infirmière et la responsable du pôle santé) – Public visé : adulte et adolescents d'une manière générale, femmes migrantes en particulier – Supports : documents d'information fournis par les organisateurs (affiches, dépliants, livret, la Rosine…) et par nos soins (préservatifs féminins et masculins, affiches, dépliants…) • **Antenne Jeune maison de quartier** – Activités proposées : visionnage de film avec l'Anpaa (l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) sur les prises de risques accrues liées aux consommations de drogues et d'alcools, quiz – Partenaires : Conseil de la jeunesse, Anpaa, Atelier santé ville – Public visé : jeunes et adolescents • **Mairie** – Activités proposées : stands, jeux, lots à gagner, démonstration du manège enchanté, de la boîte magique – Partenaires : Aides, CPAM, Atelier santé ville, AGO, planning familial – Public visé : tout public • **Mur d'expression** – Activités proposées : un mur d'expression avec des affiches réalisées par les habitants du quartier, des affiches reprenant les campagnes de prévention – Partenaires : centre social, centre d'animation – Public visé : tout public • **Lycée technologique** – Activités proposées : séances d'information et débat dans les classes, stand de démonstration et distribution de préservatif et de brochures – Partenaires : Aides, infirmière scolaire, professeur de SVT – Public visé : les élèves de l'établissement • **Théâtre Forum** – Apéro dinatoire au « 104 » – Activités proposées : théâtre-forum sur la thématique du VHI Sida avec la compagnie ARC en Ciel – Buffet pour les participants aux activités sur la journée citoyenne – Partenaires : ARC en Ciel – Public visé : tout public et particulièrement les adultes	

Noter et analyser les résultats obtenus

Résultats	Évaluation des résultats de la prise en charge
Partenariat satisfaisant	• Les résultats reposent sur l'évaluation du –
Participation de la population	• Les résultats reposent sur l'évaluation du –
Qualité et variété des activités et des présentations proposées	• Les résultats reposent sur l'évaluation du –
Les indicateurs de l'évaluation sont le partenariat, les bénéficiaires, les actions En fonction des résultats obtenus, ades réajustements seront apportés pour reconduire la journée l'année suivante	

Renseigner la fiche projet ci-dessous pour le financement de la journée

Fiche Action Atelier santé ville – année 2009			
Thématique			
Titre de l'action			
Objectif stratégique		Objectif opérationnel	
Rôle de l'ASV		Coordinateur	
		Structure porteuse Pers. référente	
Contexte :			
Objectifs de l'action :			
Modalités d'intervention :			
Publics concernés :			
Partenaires :			
Ressources et mises à disposition :			
Bilan et évaluation :			
Perspectives :			

CORRIGÉS

VÉRIFIER SES CONNAISSANCES

1

1.

Vaccins	Obligatoires	Recommandés
BCG	0 Depuis 2009	0
Fièvre jaune	0	0
Hépatite B	X	0
Grippe H1N1	0	X
Tétanos	X	0
Gardasil	0	0
Hépatite A	0	0

0 : ni recommandé, ni obligatoire.

2.

Pathologies	Test de dépistage
Cancer du sein	Mammographie
Cancer du côlon	Hémocult
Phénylcétonurie	Test de Guthrie
HIV	Test Elisa
Dégénérescence maculaire liée à l'âge	Test visuel de la grille d'Amsler
Cancer du col de l'utérus	Frottis vaginal
Diabète	Glycémie à jeun Glycémie capillaire préprandiale Glycosurie
Trisomie	Marqueurs du 1er trimestre : PAPPA et HCG libres Amniocentèse
Cancer de la prostate	Dosage des marqueurs PSA

3.

Situation	Examen de santé obligatoire
Le nouveau-né avant un mois	Dans les 8 jours qui suivent la naissance, l'examen donne lieu à l'établissement du 1er certificat de santé
Enfant entre 2 et 6 ans	8 examens obligatoires : 2 fois/an jusqu'à 6 ans (pédiatre, médecin traitant ou en PMI)
Enfant de 6 ans	Examen d'entrée à l'école primaire
Enfant de 12 ans	Examen de dépistage bucco-dentaire
Adulte en activité professionnelle	Visite de santé au travail à l'embauche et/ou annuelle
Femme enceinte	Examens de suivi de la grossesse : Au 1er trimestre Au 6e mois, 7e mois, 8e mois, 9e mois Dans les 8 semaines postnatales

4. Voir l'organigramme page 103.

2 **QCM**

Réponses :

1 e / 2 d / 3 c / 4 a / 5 b/ 6 b / 7 a et c / 8 b

TRANSFÉRER À D'AUTRES SITUATIONS

1

	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Exemple	Semaine d'information à la cantine scolaire pour les enfants des classes de primaire sur – l'équilibre alimentaire – l'élargissement du goût	Atelier de groupe d'éducation nutritionnelle dans l'objectif de réduire l'excès pondéral de masse grasse en maintenant une croissance normale Élaboration d'une courbe de suivi de l'IMC	Accompagnement et soutien dans le suivi de l'hygiène de vie : contrôle alimentaire, activité physique, avec participation de la famille
Institution	Service de promotion de la santé en faveur des élèves	Service d'endocrinologie/ médecine interne	Service de réadaptation : centre de cure thermale ou maison d'enfants à caractère sanitaire

2

Identifier les données significatives

Quelles données relève-t-on ?	Pourquoi sont-elles significatives ?
Agglomération populaire Quartiers à l'habitat dégradés avec population de migrants Quartier résidentiel avec population plus âgée Quartier du centre-ville avec mixité sociale Établissements scolaires Transports nombreux et fréquents	Connaissance de la population et des ressources des quartiers
Centres de prévention et de soins : PMI, centre de santé, Cidag	Précision sur les structures sanitaires de prévention et de promotion de la santé de la ville
Politique en faveur de la petite enfance et de la jeunesse Moyens sociaux : maisons de quartier, mur d'expression, centre social, PAEJ, théâtre	Précision sur la politique de la ville et identification des moyens mis à la disposition de la ville
Implication d'associations notamment de l'AGO et Africaid	Précision sur le tissu associatif et les publics ciblés par ces associations
Budget de 1 000 € Soutien logistique par la municipalité	Précision sur les moyens financiers et les aides logistiques apportées par la municipalité
Objectifs du projet initié le jour de la mobilisation nationale contre le Sida	Cohérence de la mobilisation avec une action nationale Connaitre le but poursuivi par les actions à mettre en place et identifier les partenaires socio-sanitaires à mobiliser

Comprendre et évaluer la situation

Que faut-il comprendre ?	Évaluation
La connaissance de la population permet d'adapter les messages, les supports, la communication pour respecter la problématique des personnes concernées. Bien connaitre le public-cible permet d'être plus efficace et de répondre aux préoccupations des publics spécifiques	Identification de différents publics : adultes et jeunes, toxicomanes, populations migrantes et défavorisées
La connaissance des diverses structures de prévention permet de mettre en place un partenariat afin d'assurer une continuité et une plus grande cohésion à cette journée d'action Les structures pourront fournir des supports d'information, des films	Identification des acteurs sanitaires pouvant être impliqués dans le projet et recensement des moyens
Le tissu associatif est important car il implique souvent des personnes militantes en adéquation avec le milieu dans lequel elles dispensent leurs actions. Elles pourront fournir des supports à l'information, des préservatifs, des outils de démonstrations et proposer la participation d'intervenants spécialisés	Identification des acteurs ressources pour entrer en contact avec les publics spécifiques identifiés et utilisation de leurs ressources
La politique de la ville est très orientée sur la prévention à destination des jeunes, les moyens offerts peuvent être utilisés pour la journée	Repérage des lieux de fréquentation de la jeunesse et activités à prévoir sur ces sites familiers
Budget et soutien logistique sont des connaissances utiles pour repérer les limites et les moyens du projet	Aspects logistiques cernés
La date retenue est symbolique et démontre de la volonté de l'ASV de vouloir impliquer les citoyens dans la démarche de prévention, leur implication peut être plus importante du fait de la mobilisation nationale	Date de mobilisation locale et nationale commune

Justifier la mise en œuvre des actions

Quelles actions met-on en œuvre ?	Pourquoi
Recenser les acteurs et les structures pouvant fournir des outils et des supports d'information : • Solliciter des structures existantes pour obtenir la participation de différents acteurs et disposer de préservatifs • Contacter l'Inpes pour obtenir des supports d'information (brochures, affiches, dépliants…) • Contacter des associations comme l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) pour participer aux animations • Se rapprocher de la mairie pour retenir les locaux, le prêt de matériel pour les stands (tables, tableaux d'affichage, chaises, véhicules de transport…)	Avant de lancer le projet, les moyens matériels et humains doivent être recensés et réservés pour être sûr d'en disposer le moment venu

3 Organisation de la prévention

Quelles actions met-on en œuvre ?	Pourquoi
Lister les achats utiles à la réalisation de la journée et des activités en fonction du budget disponible • Nécessaire à la communication de l'information • Rémunération des non-bénévoles • Organisation d'un buffet, photocopies	Pour permettre les achats complémentaires à ce que les structures et la mairie auront fourni
Planifier le programme de la journée en veillant à utiliser les structures et acteurs participants, idée de faire un parcours citoyen • **Point de départ devant AGO à 14 h** – Activités proposées : stand d'informations, préservatifs, quiz, manège enchanté, le fil rouge – Partenaires : Atelier santé ville – Public visé : adultes et adolescents d'une manière générale et toxicomanes en particulier – Supports : manège enchanté, quiz • Distribution des passeports pour permettre de gagner des lots à l'arrivée à la mairie • **Participation d'Africaid** : Activités proposées : films de prévention contre le Sida, quiz – Partenaires : Inpes, Atelier santé ville – Public visé : adulte et adolescents d'une manière générale, populations migrantes en particulier. • **Supports de l'Inpes** : visualisation des films sur les migrants, documentation *: Le Sida, c'est quoi ?* • **Centre de santé** – Activités proposées : tenue d'un stand d'information sur la prévention, les idées reçues, le dépistage gratuit et anonyme. Distribution de préservatifs masculins et féminins. Démonstration du port du préservatif féminin à l'aide de la Rosine. – Partenaires : Atelier santé ville – Nombre d'exposants : 2 personnes (une infirmière et la responsable du pôle santé) – Public visé : adulte et adolescents d'une manière générale, femmes migrantes en particulier – Supports : documents d'information fournis par les organisateurs (affiches, dépliants, livret, la Rosine…) et par nos soins (préservatifs féminins et masculins, affiches, dépliants…) • **Antenne Jeunes, maison de quartier** – Activités proposées : visionnage de film avec l'Anpaa sur les prises de risques accrues liées aux consommations de drogues et d'alcools, quiz – Partenaires : Conseil de la jeunesse, Anpaa, Atelier santé ville – Public visé : jeunes et adolescents • **Mairie** – Activités proposées : stands, jeux, lots à gagner, démonstration du manège enchanté, de la boîte magique – Partenaires : le Crips, Aides, CPAM, Atelier santé ville, AGO, planning familial – Public visé : tout public	Un parcours induit un déplacement organisé pour que les personnes se rendent sur les différents lieux dans lesquels elles pourront, si besoin, avoir une écoute, disposer d'information et de conseil, voire être orientées vers une structure spécialisée Ce parcours est donc un moyen de découverte pour la population des structures existantes dans leur ville, un moyen également d'impliquer différents acteurs et de parvenir à une meilleure organisation de la prévention en répondant aux demandes spécifiques des différents publics cibles rencontrés De plus, cette journée favorise les liens entre professionnels et la constitution d'un réseau-partenaire

Quelles actions met-on en œuvre ?	Pourquoi
• **Mur d'expression au Mail** – Activités proposées : un mur d'expression avec des affiches réalisées par les habitants du quartier, des affiches reprenant les campagnes de prévention – Partenaires : PIMMS, centre social, centre d'animation – Public visé : tout public • **Lycée technologique** – Activités proposées : séances d'information et débat dans les classes, stand de démonstration et distribution de préservatif et de brochures – Partenaires : Aides, infirmière scolaire, professeur de SVT – Public visé : les élèves de l'établissement • **Théâtre Forum** – Apéro dinatoire au « 104 » – Activités proposées : Théâtre Forum sur la thématique du VHI Sida avec la compagnie ARC en Ciel – Buffet pour les participants aux activités sur la journée citoyenne – Partenaires : ARC en Ciel – Public visé : tout public et particulièrement les adultes	Un parcours induit un déplacement organisé pour que les personnes se rendent sur les différents lieux dans lesquels elles pourront, si besoin, avoir une écoute, disposer d'information et de conseil, voire être orientées vers une structure spécialisée Ce parcours est donc un moyen de découverte pour la population des structures existantes dans leur ville, un moyen également d'impliquer différents acteurs et de parvenir à une meilleure organisation de la prévention en répondant aux demandes spécifiques des différents publics cibles rencontrés De plus, cette journée favorise les liens entre professionnels et la constitution d'un réseau-partenaire

Noter et analyser les résultats obtenus

Résultats	Évaluation des résultats de la prise en charge
Partenariat satisfaisant	• Les résultats reposent sur l'évaluation : – du nombre d'équipes ayant participé à l'élaboration et à la mise en place de l'action – du nombre d'acteurs s'étant impliqués dans l'action – des types de structures ayant participé à l'élaboration du projet
Participation de la population	• Les résultats reposent sur l'évaluation – du nombre d'habitants ayant participé aux actions – du nombre de personnes ayant fait le dépistage hors les murs le même jour – du nombre de personnes ayant fait le parcours du Rallye du point de départ au point d'arrivée – de la classe d'âge la plus rencontrée
Qualité et variété des activités et des présentations proposées	• Les résultats reposent sur l'évaluation – du nombre d'actions préparées – de la forme des différentes actions – de l'originalité et créativité des actions réalisées
Les indicateurs de l'évaluation sont le partenariat, les bénéficiaires, les actions En fonction des résultats obtenus, des réajustements seront apportés pour reconduire la journée l'année suivante	

3 Organisation de la prévention

La fiche projet pour le financement de la journée a été réalisée.

Fiche Action Atelier santé ville – année 2009			
Thématique	VIH/IST/Hépatites		
Titre de l'action	Parcours citoyen journée mondiale du Sida		
Objectif stratégique	Favoriser l'accès à la santé	Objectif opérationnel	Favoriser la déclinaison locale des programmes nationaux et régionaux auprès des populations en difficulté
Rôle de l'ASV	Initiateur, coordinateur, coorganisateur, co-animateur et relais d'information	Coordinateur	Mademoiselle X Infirmière
		Structure porteuse Pers. référente	Atelier santé ville

Contexte :
À l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le Sida, l'ASV organise un parcours citoyen, en collaboration avec plusieurs partenaires, pour informer sur le virus du Sida dans quatre quartiers de la ville, en passant par la mairie

Objectifs de l'action :
Mobiliser des habitants, des équipes et des acteurs socio-sanitaires autour du VIH dans les quatre quartiers de la ville

Modalités d'intervention :
Organiser sur une journée des actions et des événements sur différents sites portés par des équipes-partenaires diversifiées
Programme de la journée :
- Point de départ à 14 h devant l'ASV avec stand d'informations, préservatifs, quiz, manège enchanté
- Africaid : films de prévention contre le Sida et quiz
- Centre de santé : stand d'information, distribution et démonstration du port du préservatif féminin
- Antenne Jeune : film avec l'Anpaa sur les prises de risques accrues liées aux consommations de drogues et d'alcool
- Mairie : stands, jeux, pièces de théâtre
- Lycée technologique : intervention dans les classes sur le thème du VIH
- Mail : mur d'expression avec des affiches réalisées par les habitants du quartier
- À partir de 18 h, au « 104 » : théâtre-forum et buffet offert à tous les participants de la journée citoyenne

Publics concernés :
Tout public des quatre quartiers de la ville

Partenaires :
Santé : Africaid, Aides, planning familial, Anpaa, AGO, CPAM, Centre de santé, Inpes, Sida Info Service
Développement du lien social, accès aux droits : Antenne jeune, centre d'animation, centre social, PAEJ
Culture : « le 104 », la compagnie ARC en Ciel
Éducation : lycée technologique de la ville
Mairie

Ressources et mises à disposition :
Ressources matérielles : le Crips a prêté le manège enchanté, Rosine, DVD, affiches, documentation

Bilan et évaluation :
Environ 250 personnes ont collaboré à cette journée. Le public présent a participé de façon active aux différentes animations. Les messages de prévention ont bien été transmis sur le plan théorique (documentation, information…) et sur le plan pratique (jeux, quiz…). Les retours du public ont été très positifs notamment concernant le théâtre-forum

Perspectives :
Action à reconduire en améliorant le mode de sensibilisation du public

4 Organisation du système de santé

COMPRENDRE

Le système de santé est un dispositif dont l'objectif principal est d'améliorer la santé de la population. Pour fonctionner, un système de santé a besoin de personnel, de moyens financiers, d'informations ainsi que d'orientations générales. Il doit fournir des services correspondant aux besoins des usagers, préserver et améliorer la santé des populations, être capable de prévenir les maladies et d'offrir un traitement équitable à tous les usagers où qu'ils habitent sur le territoire.

LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les définitions

Le système de santé

Un système de santé est un ensemble de moyens de financement, d'information, de prévention et/ou de traitement organisés en vue de maintenir ou d'améliorer la santé[1]. Il doit satisfaire deux objectifs : l'efficacité et l'équité. Il assure deux fonctions, la fourniture d'Assurance Maladie (en amont) et la production de soins (en aval).

Les acteurs de santé

Le terme « acteur de santé » désigne les personnes ou les institutions dont les activités, professionnelles ou non, ont un retentissement sur la santé des autres. Un système de santé est composé de nombreux acteurs.

- **Les pouvoirs publics** fixent la politique de santé et les priorités de santé publique, les règles économiques et financières, les règles de l'organisation générale des soins et de leur remboursement.
- **Les professionnels de santé** soignent les malades et contribuent aux actions de santé publique. Il s'agit des médecins libéraux et hospitaliers, des infirmiers, des laborantins, des pharmaciens, etc.
- **Les caisses d'Assurance Maladie obligatoires** remboursent la majeure partie des soins et contribuent à l'organisation du système de soins.
- **Les assurances maladie complémentaires** remboursent le « reste à charge » des soins. Il peut s'agir de mutuelles, d'institutions de prévoyance ou d'assurances privées.
- **Les acteurs économiques** représentés par les entreprises et salariés financent l'Assurance Maladie et administrent les caisses. Les assurés participent également au financement du système

1 B. Majnoni d'Intignano, 2000. *Santé et économie en Europe*. PUF, 2006.

par leurs cotisations sociales, par la Contribution sociale généralisée (CSG) et, le cas échéant, par le paiement direct de taxes sur le tabac et l'alcool, qui sont par ailleurs deux risques pour la santé.

- **Les malades et usagers** sont à la fois des bénéficiaires et des acteurs du système de santé, notamment à travers les représentants de leurs associations.
- **Les collectivités territoriales**, les établissements et institutions sanitaires, sociaux et médico-sociaux contribuent aux actions de santé publique.
- **Les associations** développent des activités de prévention, soutiennent les malades et gèrent des structures sociales et médico-sociales.

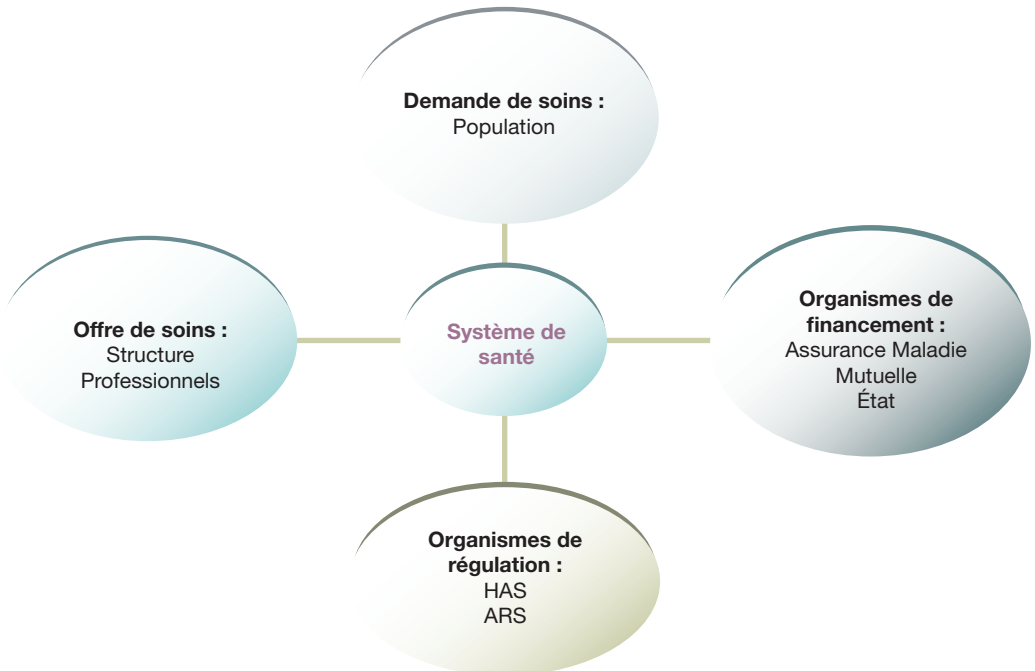


Figure 4.1. Organisation du système de santé

La politique de santé

Une politique de santé définit et met en œuvre les orientations prises par l'État en matière de santé. Elle évolue sans cesse en fonction des besoins de santé de la population et des contraintes économiques, politiques, sociales, techniques du moment. La politique de santé a une traduction à travers des textes de loi adoptés par le gouvernement. Le *Code de la santé publique* est le recueil de tous les textes de loi relatifs à la santé dont la santé publique.

La politique de santé publique est en cohérence avec les demandes de la population et des professionnels de santé. Elle regroupe l'ensemble des mesures prises par les pouvoirs publics en faveur de la réduction de la morbidité, l'allongement de l'espérance de vie et la qualité de vie de la population.

La gouvernance

Terme emprunté à l'anglais *governance* qui se traduit par « gouvernement », la gouvernance désigne un ensemble de mesures de fonctionnement qui permettent de définir des orientations, d'allouer des ressources et de mettre en œuvre des actions. La gouvernance, en santé publique, vise à

déterminer comment seront prises les orientations stratégiques, comment seront alloués les financements et comment seront impulsées les actions de santé pour réduire les inégalités de santé.

LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Les lois hospitalières

La France s'est dotée de structures sanitaires performantes entre 1958 et 1985. Cependant, avec le ralentissement de la croissance consécutive aux chocs pétroliers, les coûts croissants de la recherche médicale et le creusement des déficits des régimes sociaux, les pouvoirs publics ont utilisé, successivement ou concomitamment, différents outils pour réformer structurellement le système de santé depuis 1990.

- La loi hospitalière du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière crée un outil de planification appelé schéma d'organisation sanitaire qui permet de répartir de manière qualitative les équipements hospitaliers sur le territoire.
- L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée introduit la maitrise médicalisée des dépenses de soins et l'accréditation.
- La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé attribut une place prépondérante aux droits des patients.
- La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dessine un nouveau paysage de cette dernière. Elle clarifie le rôle et les responsabilités respectives de chaque acteur tout en faisant du niveau régional l'unité d'intervention. Modifiant assez considérablement le Code de la santé, la loi affirme la responsabilité de l'État qui fixe les objectifs pluriannuels d'amélioration de l'état de santé de la population française et qui définit les plans stratégiques prioritaires. Elle organise la mise en œuvre de la politique de santé publique dans le cadre de Plans régionaux de santé publique (PRSP) élaborés en interaction avec les Conférences régionales de santé (CRS) et mis en œuvre par les Groupements régionaux de santé publique (GRSP). Au niveau national, la Conférence nationale de santé (CNS) assure la fonction de concertation nécessaire à la définition des objectifs pluriannuels.
- Le plan Hôpital 2007 porte sur la modernisation des hôpitaux. La réforme vise à donner plus de facilités aux professionnels pour la réalisation de leurs projets, à réformer les modes de financement des établissements publics et privés et à leur offrir de nouvelles possibilités de développement. Les axes de la réforme ciblent la modernisation des structures hospitalières, la simplification de leur gestion, le développement des capacités d'innovation des établissements et l'accentuation de leur autonomie.
- Le plan Hôpital 2012 constitue une continuité du plan 2007. Il a pour objectifs d'améliorer l'efficience de l'offre hospitalière et de poursuivre la modernisation technique des établissements de santé. Il introduit un nouveau financement des hôpitaux : **la Tarification à l'activité** (T2A). Ce plan prévoit également des objectifs sociaux visant l'amélioration des conditions de travail des personnels et l'amélioration de l'accueil des familles de malades. Il instaure des mesures pour la modernisation et la restructuration de l'offre de soins grâce à des investissements immobiliers et la mise en place de nouveaux systèmes d'information, comme la télémédecine.
- La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) introduit la notion de gouvernance et crée les Agences régionales de santé (ARS). Cette loi entérine, entre autres, la généralisation de la tarification à l'activité. Elle a égale-

ment pour objectif de réformer en profondeur la régulation de la démographie médicale. L'intérêt essentiel de la réforme est encore de ramener les hôpitaux publics à l'équilibre budgétaire en 2012 alors qu'ils affichent un déficit cumulé de 800 millions d'euros chaque année.

Le plan de santé publique

Une loi de santé publique se décline en plans quinquennaux nationaux et locaux. La planification sanitaire précède nécessairement toute décision d'action en santé publique. Chaque plan prévoit plusieurs objectifs et des programmes d'actions qui permettent de les atteindre. On appelle « *Priorités de santé publique* » l'ensemble des mesures de santé à mettre en œuvre prioritairement, en fonction de l'importance du problème de santé identifié.

Les étapes de la planification

Pour être efficace, un plan de santé publique opère des choix stratégiques en retenant certains types d'intervention plutôt que d'autres et fixe des priorités en les hiérarchisant et en les adaptant au public ciblé. Quatre étapes sont requises pour élaborer un programme de santé.

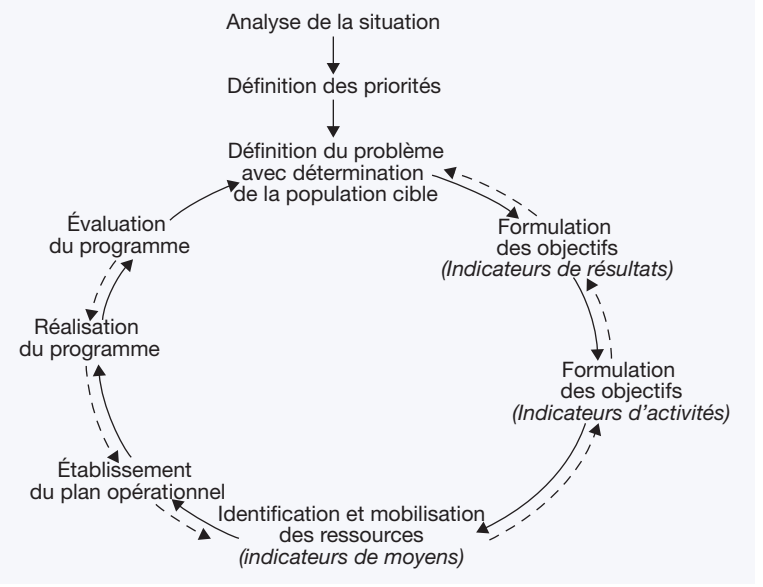

Analyse de la situation
Définition des priorités
Définition du problème avec détermination de la population cible
Formulation des objectifs (Indicateurs de résultats)
Formulation des objectifs (Indicateurs d'activités)
Identification et mobilisation des ressources (indicateurs de moyens)
Établissement du plan opérationnel
Réalisation du programme
Évaluation du programme

Figure 4.2. Étapes de la planification d'un programme de santé

- La première étape consiste en l'analyse de la situation, c'est une étape stratégique qui détermine les besoins de la population à partir de l'épidémiologie et établit les objectifs prioritaires selon les moyens et ressources disponibles.
- La deuxième étape est tactique. Elle définit les priorités et donne son sens au plan de santé en considérant le progrès scientifique, le milieu envisagé et la population cible. La population cible se calcule à partir de la population du bassin de santé, mais aussi du territoire, de sa projection démographique (à 15 et 20 ans selon l'Insee), de ses caractéristiques en termes d'état de santé (morbidité, mortalité, épidémiologie, fichiers PMSI publics et privés).
- La troisième étape opérationnelle concrétise le programme d'action. Elle débute par la formulation des objectifs, met en œuvre le programme d'action prévu et mobilise les ressources.

■ L'étape finale est une étape évaluative. Elle juge l'efficacité du programme d'action mis en place et ses modalités. Les indicateurs de performance ayant été fixés à l'avance, elle permet les réajustements nécessaires.

L'exemple d'évaluation d'un programme d'action de dépistage[2]

Cette illustration montre l'évaluation de l'action 2009 sur le dépistage du cancer du sein en Lorraine. Cette fiche de synthèse rassemble les données précisant le contexte et décrivant l'action. Les résultats mettent en évidence les points forts de la campagne, ce qui permet d'identifier les stratégies à développer et celles à maintenir pour reconduire ce plan d'action.

Ville de Nancy
Grand Nancy
communauté urbaine & humaine
Mobilisation des acteurs et de la population pour le dépistage du cancer du sein
AUTEURS : FLORE AUMAÎTRE*, VALÉRIE LEVY-JURIN**, CAROLE BARRAILHE***, MARIE-CATHERINE MARCEAUX*, SYLVIE ROBERT**
(* Ville de Nancy ** Grand Nancy *** IREPS Lorraine)
CONTEXTE
Depuis 2002, à l'initiative de l'association de patientes Symphonie, la ville de Nancy, puis le Grand Nancy ont fédéré autour d'eux les acteurs du dépistage du cancer du sein et de la prise en charge et le monde associatif local pour améliorer le recours au dépistage organisé.
OCTOBRE Rose
DESCRIPTIF DE L'ACTION
TROIS OBJECTIFS :
■ promouvoir et démystifier le dépistage ;
■ informer sur le cancer du sein (dépistage, prise en charge) ;
■ faire connaître les structures ressources.
2 AXES D'INTERVENTION :
■ Une campagne de communication : diffusion d'outils envers la population et les partenaires, habillage du tramway, 12 illuminations, 5 fleurissements, vitrine rose de commerçants et de pâtisseries et 7 manifestations symboliques. Un messager santé est donné aux femmes, petit objet féminin, support pour aborder le dépistage de façon engageante et positive.
La création visuelle de la campagne est confiée, depuis 2006, à l'atelier Lili Bellule.
ma vie en rose
■ Un axe information avec 44 rencontres organisées dans les lieux de vie, en s'attachant à être proche des personnes en vulnérabilité sociale avec :
• "rencontres-échanges" : espaces collectifs de discussion et d'échange avec les acteurs du cancer du sein : dépistage, socio-esthétique, syndrome du lymphœdème, reconstruction, etc.
• "rencontres de partenaires" : espaces plus informels de discussion individuelle sur des marchés, dans des associations, des mairies, etc.
Le comité de pilotage initialement constitué de 2 structures en 2002, réunit maintenant 19 villes autour de la Communauté urbaine du Grand Nancy et 22 structures (associations de patients, centres de soins, centre de gestion, CPAM, représentants des professionnels de santé, etc.). Il définit les orientations, construit la programmation et choisit la communication.
RESULTATS
L'évaluation de l'action 2009 a été confiée à l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé de Lorraine (IREPS). Elle a porté sur l'évaluation de l'efficacité et des processus de l'action au travers des 2 axes d'intervention et auprès des divers publics touchés : participants, grand public, partenaires.
EVALUATION DE L'EFFICACITÉ DE L'ACTION SUR LE GRAND NANCY
■ Axe information
Le public attiré par les rencontres est majoritairement constitué de femmes entre 50 et 74 ans (tranche d'âge du dépistage organisé).
De 780 personnes touchées en 2007 à 1770 en 2009.
DES RENCONTRES EFFICACES, QUI PERMETTENT :
• à plus de 80% des participants d'être mieux informés sur le cancer, le dépistage, d'échanger avec les professionnels et de connaître les structures ressources (OBJECTIF FIXÉ : 90%).
• à 62,9% d'avoir l'intention d'aller chercher plus d'informations sur le cancer du sein (OBJECTIF FIXÉ : 50%).
• à près de 60% d'avoir l'intention de répondre positivement à l'invitation au dépistage organisé (OBJECTIF FIXÉ : 50%).
• d'inciter les 54,8% des participants n'ayant jamais participé au dépistage organisé à répondre positivement à l'invitation.
Sur les 24% qui répondent non, 61% bénéficient d'un autre type de suivi, 29% n'ont pas encore été invités et 10% n'ont pas envie.
■ Axe communication
La campagne est bien connue des habitants de l'agglomération, notamment grâce au tramway, relais de communication efficace. Les questions relatives aux critères de post test - connaissance, utilité, satisfaction - montre qu'elle a atteint ses objectifs et a été menée correctement. Mais ce sont bien des raisons de proximité avec le dispositif de dépistage ou avec la maladie qui mobilisent à se rendre aux rencontres.
octobre rose
57% des personnes possédant le messager-santé l'ont déjà porté, donné ou engagé une conversation grâce à celui-ci (OBJECTIF FIXÉ : 50%).
19 RENCONTRES SUR LES QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE : DES RÉSULTATS IDENTIQUES AUX AUTRES QUARTIERS
19 des 44 rencontres se sont déroulées en 2009 sur la moitié des quartiers prioritaires du Grand Nancy. Les résultats obtenus à ces manifestations ont été comparés aux résultats obtenus lors des manifestations se déroulant en quartiers non-prioritaires. Qu'il s'agisse de la satisfaction, de l'atteinte des objectifs des manifestations, de la participation au dépistage organisé ou encore de l'âge des participants, il n'y a pas de différence significative entre les résultats en quartiers prioritaires et non-prioritaires (p<0.05).
EVALUATION DU PROCESSUS : PUBLIC ET PARTENAIRES SATISFAITS
• Taux de retour des évaluations auprès des partenaires : 45% (OBJECTIF FIXÉ : 50%).
• 86% des participants aux rencontres (OBJECTIF FIXÉ : 90%) et 74% des partenaires (OBJECTIF FIXÉ : 80%) sont satisfaits de l'action 2009.
Les participants trouvent celles-ci intéressantes et encouragent le comité de pilotage à renouveler l'action et à améliorer la communication sur les manifestations.
DISCUSSION
Les résultats issus de cette évaluation mettent en évidence trois éléments :
• La capacité de la campagne à être entendue, vue, comprise.
• La capacité des rencontres et de la campagne à atteindre les objectifs : c'est une stratégie incontournable de mobilisation sociale (au sens OMS du terme). Elle offre un accès spécifique à l'information et invite à des démarches actives d'information.
• La capacité des rencontres et de la campagne à amener les publics ciblés à passer d'un stade de pré-intention à l'intention de se faire dépister.
LES ORIENTATIONS ENVISAGÉES SUITE AUX RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION
Développer un mode d'organisation permettant la participation effective de chacun : l'évolution dans la mobilisation des acteurs depuis 2002 doit nous amener à trouver d'autres formes d'organisation plus opérationnelles et qui permettent la participation effective de chacun. Le comité de pilotage plénier sera assisté d'un comité stratégique comptant les organisateurs du dépistage organisé (CPAM et Centre de gestion du dépistage), la ligue contre le cancer, le pilote (Grand Nancy) et l'animateur (Ville de Nancy).
Poursuivre les modalités de communication déjà engagées :
• Entretenir le "bruit de fond" médiatique de la campagne.
• Mobiliser les publics ciblés dans la recherche d'informations complémentaires.
• Déclencher l'intention de répondre positivement au dépistage.
Développer des stratégies d'intervention spécifiques visant à réduire les inégalités de santé :
• Renforcer les actions déjà menées qui s'appuient sur les associations ou les groupes relais pour adapter la communication au public en précarité et mettre en place des actions de sensibilisation spécifiques, sur le mode de l'éducation par les pairs par exemple.
• En parallèle, renforcer la capacité des professionnels de santé à savoir accueillir ces publics et lever leurs réticences.

Figure 4.3. Évaluation de l'action 2009 sur le dépistage du cancer du sein en Lorraine

2 Source : Inpes, 2010.

Le Plan régional de santé publique (PRSP)

Le PRSP s'inscrit dans le dispositif régional issu de la loi de santé publique du 9 août 2004. Il vise à amplifier les actions de prévention. Établi en concertation avec les acteurs régionaux de santé, il met l'accent sur les spécificités de la région concernée. Le PRSP est élaboré en partenariat avec l'ensemble des acteurs et des institutions concernées, à savoir : l'État, l'Assurance Maladie, l'Agence régionale d'hospitalisation, les collectivités territoriales, l'Union régionale des médecins libéraux.

Il a pour objectif de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en agissant sur les facteurs de risque et en faisant appel à des modes de prise en charge par le système de soins le plus approprié.

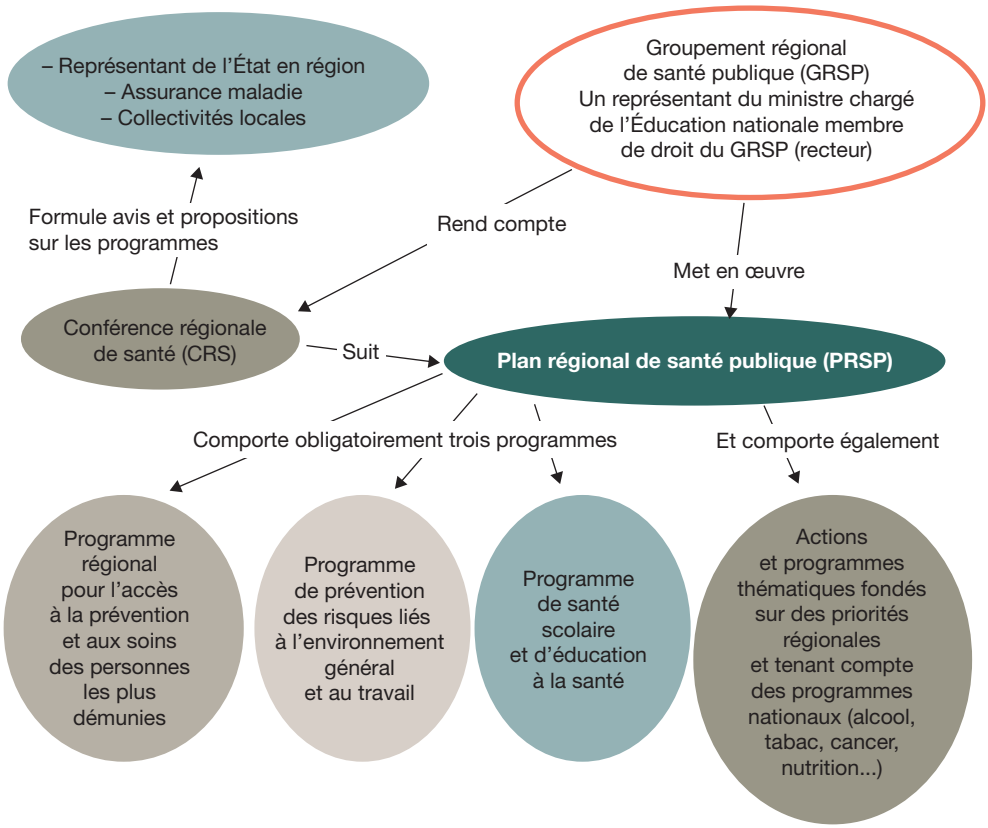

– Représentant de l'État en région
– Assurance maladie
– Collectivités locales
Groupement régional de santé publique (GRSP)
Un représentant du ministre chargé de l'Éducation nationale membre de droit du GRSP (recteur)
Formule avis et propositions sur les programmes
Rend compte
Met en œuvre
Conférence régionale de santé (CRS)
Suit
Plan régional de santé publique (PRSP)
Comporte obligatoirement trois programmes
Et comporte également
Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
Programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail
Programme de santé scolaire et d'éducation à la santé
Actions et programmes thématiques fondés sur des priorités régionales et tenant compte des programmes nationaux (alcool, tabac, cancer, nutrition...)

Figure 4.4. Programme d'éducation à la santé en milieu scolaire dans le cadre du PRSP.
Source : INPES 2009

Le PRSP 2007-2011

Ce plan comprend 14 programmes de santé qui s'articulent autour de cinq axes prioritaires :

- promouvoir les conditions de vie et l'adoption de comportements collectifs et individuels favorables à la santé ;
- réduire l'impact sur la santé des inégalités sociales, économiques et culturelles en favorisant l'accès aux soins et à la prévention des personnes ou populations vulnérables ;

- renforcer le dépistage et le diagnostic précoce de certaines maladies et la prise en charge adaptée des personnes afin de prévenir les complications et de réduire la surmortalité prématurée et évitable ;
- améliorer la qualité de vie et développer le bien-être des personnes ;
- renforcer la veille et l'alerte sanitaires afin de mieux prévenir et gérer les crises sanitaires.

Ce schéma présente l'organisation et les interactions entre les acteurs pour mener ce plan régional de santé publique qui est destiné à la santé en milieu scolaire. Chaque région, par l'intermédiaire du recteur dans le cadre de l'Éducation nationale, identifie en fonction des priorités régionales, les actions thématiques du plan national et des programmes obligatoires.

Le programme de santé publique

Un programme de santé publique est un ensemble cohérent d'actions pour atteindre des objectifs précis. Il décline le plan au niveau régional, sur le territoire de santé. Une action de santé publique est la composante opérationnelle d'un programme, elle s'inscrit dans ses objectifs en définissant un mode d'intervention particulier.

Jusqu'en 2010, les Schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS) organisent, au sein d'un territoire donné, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé à travers de multiples actions mises en œuvre par différents acteurs de santé publique tel que les associations, le Cres, les professionnels de santé et sociaux...

Des exemples de PRSP

Les deux exemples qui suivent illustrent les PRSP dans deux régions françaises. Les actions menées sont présentés sous forme de poster.

ireps
Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
LORRAINE

Mobilisation sociale et promotion de la nutrition auprès de personnes âgées

Valse gourmande en pays lorrains

Valse gourmande en pays lorrains est un programme régional, initié en 2007, sur un financement du Groupement Régional de Santé Publique et du Conseil Régional de Lorraine.

Valorisation du rôle social des seniors

En utilisant les portes d'entrée de l'alimentation, de l'activité physique et du patrimoine nutritionnel de la région, ce programme avait pour objectif de valoriser le rôle social des seniors de plus de 60 ans en mobilisant leurs savoirs et leurs savoir-faire.

Un partenariat fort avec des structures locales

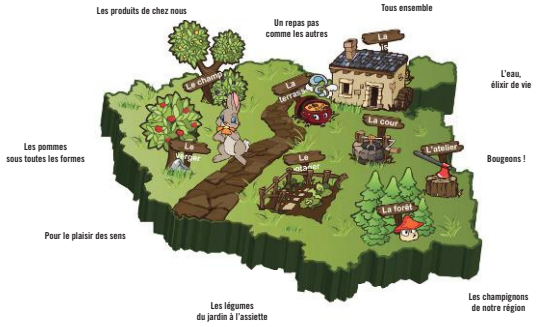
La mise en œuvre de ce programme s'est appuyée sur un partenariat fort avec les structures locales oeuvrant auprès des personnes âgées, avec sur l'ensemble de la région, près de 50 professionnels bénévoles investis.

Les seniors au centre des actions éducatives

Chacune des 9 actions conçues a abouti à un événement festif, le plus souvent intergénérationnel, moment de partage et de transmission de savoirs par les seniors en direction de leurs pairs. Ainsi, près de 300 seniors et 150 enfants ont pu, ensemble, appréhender la nutrition, exprimer leurs expériences, découvrir les pratiques des autres, en appui sur les spécificités de leur environnement quotidien et dans une dynamique de mobilisation communautaire.

Une modélisation : un outil d'accompagnement des professionnels et bénévoles

Ces actions et cette dynamique ont servi à la modélisation d'un outil sous la forme d'un CD-Rom, destiné aux professionnels et bénévoles oeuvrant en faveur des seniors. Structuré en deux volets, cet outil est autant :



Un support d'animation

Il propose un voyage à travers la nutrition et ses facettes, des aliments à l'activité physique en passant par la convivialité et le plaisir. Un jardin sur fond de territoire lorrain présente différents espaces abordant une spécificité nutritionnelle

Dans chaque espace, différentes activités sont proposées pour :
- développer les connaissances, « **Le saviez-vous… ?** ».
- susciter les échanges, « **Parlons-en…** ».
- mobiliser la mémoire de manière ludique, «**Jeux**».

Une **galerie photos** permet de valoriser les seniors et les activités réalisées.

Un outil méthodologique

Il propose un panel de documents de connaissances et de méthodes permettant d'accompagner la mise en œuvre d'un projet de promotion de la santé, à travers la mobilisation sociale offrant :
- des éléments de méthodologie de projets, rubrique « **Education pour la santé** ».
- la possibilité d'appréhender de manière complète la nutrition de la personne âgée, rubrique « **Nutrition** ».
- des propositions d'activités abordant la nutrition et ses facettes à travers l'organisation d'événements festifs où les seniors sont acteurs, **neuf fiches d'activités**.
- des éléments bibliographiques, rubrique « **Références** ».
- une présentation de l'ensemble des outils de Valse gourmande, « **mode d'emploi** ».

Cet outil, « Valse gourmande des aînés », a été diffusé à l'ensemble des professionnels partenaires de ce programme pour valoriser leurs réalisations et les accompagner dans des projets à venir.

GRSP Lorraine

lorraine conseil régional
Avec le soutien financier du Conseil Régional de Lorraine

Figure 4.5. PRSP en Lorraine : promotion de la nutrition des personnes âgées

« Reg'Arts et Paroles de seniors » : Bien vieillir en Limousin et accepter le rôle social des seniors

Le Limousin est la région la plus âgée de France. La fin de la vie professionnelle marque une rupture sociale pour les personnes concernées, alors même qu'elles ne se sentent pas et ne veulent pas être désignées comme personnes âgées.

Comment dès lors « bien vieillir », c'est-à-dire avoir une image positive de soi, sans éluder les transformations biologiques liées au vieillissement, tout en jouant un rôle social reconnu par tous ?

Face à cette problématique, la Mutualité Française Limousin et les Comités Départementaux d'Education pour la Santé proposent depuis deux ans, un projet développé en Creuse et en Haute-Vienne, avec un financement **Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie**, **Groupement Régional de Santé Publique**, **Fondation Paul Benneteau**, **Mutualité Française.**

PROJET « REG'ARTS ET PAROLES DE SENIORS » :

Objectif général : Favoriser le changement de regard porté par la société, tous âges confondus, sur le vieillissement et la place des seniors en Limousin sur la période 2008/2010.

Objectifs spécifiques :
- Valoriser et développer les capacités psychosociales des seniors
- Faire évoluer le regard porté par l'entourage proche et élargi sur les personnes âgées
- Contribuer au renforcement d'une dynamique intergénérationnelle et inter associative sur un territoire.

UN PROJET, DEUX DECLINAISONS DEPARTEMENTALES :

Paroles de seniors en Creuse…

En Creuse, de nombreux groupes de seniors existent réunis autour d'ateliers santé, d'activité de loisirs ou associatives. La convivialité déjà existante est un atout pour faciliter l'expression en groupe des personnes. C'est dans ce cadre et compte tenu du **sentiment** quelquefois exprimé par les personnes (que l'on catégorisent comme âgées), **d'être l'objet d'un traitement social (et médical) de la vieillesse**, stigmatisant, qu'il a semblé intéressant de proposer aux seniors une **réflexion sur l'évolution de la société et la manière dont elle interpelle la place et le rôle de la personne âgée**. Les **thèmes de débats pressentis** étaient, à partir de la lecture de l'ouvrage de Michel Billé **La chance de vieillir : Essai de gérontologie sociale**, Ed. L'harmattan, 2004, notamment:

- **l'évolution de la famille et de la structure familiale, qui impliquent de nouvelles formes de relations intergénérationnelles**
- **l'évolution des modes de vie dans le quotidien , les relations sociales….**

L'objectif de rencontres/débats auprès des groupes de seniors, est de **permettre à chacun d'échanger** sur ses représentations, de mieux les identifier, d'exprimer son point de vue, le confronter aux autres, **d'avoir une participation plus active aux décisions qui les concernent individuellement et collectivement.** Ensuite, il s'agit d'en **constituer une trace écrite, qui permette de prolonger la réflexion** à l'intérieur du groupe mais aussi entre les groupes.
Enfin, ces productions visent à **informer ,susciter des rencontres variées, intergénérationnelles**, dans des lieux divers, en privilégiant l'initiative des seniors et du moins leur implication active, renforçant ainsi leur participation à la vie sociale et pouvant en initier de nouvelles formes.

L'animation des rencontres est à l'initiative du CODES 23 et fonction des groupes, en co-animation avec la Mutualité française Limousin, la MSA ou le CCAS de Guéret.

Ces débats ont eu lieu dans le cadre de **l'atelier « Corps et mémoire » de la Mutualité Française Limousin**, à Guéret (6 rencontres), au **club des Ainés Guérétois** (4 rencontres) et avec le GVAF (**groupement de vulgarisation agricole féminin**) à Boussac (2 rencontres), d'août 2008 à juin 2009.

Un support constitué de cartes questions a été proposé au début pour faciliter et orienter les débats, **puis les groupes ont été à l'initiative des échanges et ont fait évoluer les thèmes pressentis au départ.**

L'intérêt que les personnes ont porté à ces échanges, la vision positive qu'elles apportaient de l'avancée en âge, les stratégies diverses évoquées qui concourent au « bien vieillir », leur souhait de poursuivre incite à **prolonger l'action auprès de nouveaux groupes** et à lui donner une nouvelle dimension.

Des liens se sont établis avec des initiatives locales (actions du CODERPA) ou nationales telles le « café des âges » qui consiste à organiser des lieux de débats, ponctuels et non continus, entre les générations, sur les relations entre les générations. Son organisation est encadrée au niveau national par l'association « Vieillir, c'est vivre ! » (http://www.cafe-des-ages.net).

Afin de débuter la concertation au sujet de la mise en œuvre du café des âges en Creuse, le CODES a communiqué lors de la semaine bleue organisée par le CODERPA, le 24 octobre 2009. À cette occasion, nous avons reçu Jean Michel Caudron, délégué national de l'association « Vieillir, c'est vivre ! », qui nous a présenté le fonctionnement du café des âges à partir d'expériences qu'il a animées, dans diverses régions. Environ 40 personnes étaient présentes et plus de 20 ont manifestées leur souhait de s'impliquer dans son organisation.
Pour valoriser la parole des groupes, **une exposition a été réalisé sur les différents thèmes évoqués lors des rencontres: le rôle des grands parents, le vécu de la vieillesse, les choix de logement, les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication, les initiatives intergénérationnelles, les questions de transmission, les comportements alimentaires….**

Pour obtenir le label du Café des âges, il faut adhérer à un cadre d'organisation. Plusieurs partenaires sont intéressés par cette initiative dont la **concertation en département débute en 2010.**

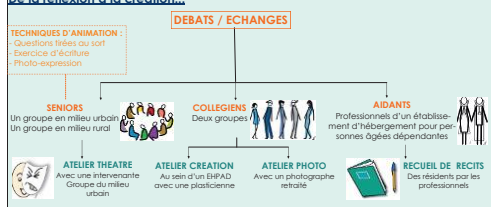
Reg'Arts seniors en Haute-Vienne…

Pour une autre vision du vieillissement…

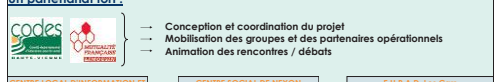
Proposer des ateliers d'échanges, créer le débat afin de favoriser le changement de regard que notre société porte sur les seniors à travers les points suivants :

- **Valoriser le vécu et les expériences des seniors**
- **Partager et échanger à travers la création d'œuvres artistiques**
- **Développer des liens intergénérationnels**

De la réflexion à la création…



Un partenariat fort :


codes
HAUTE-VIENNE
MUTUALITE FRANÇAISE LIMOUSINE
→ Conception et coordination du projet
→ Mobilisation des groupes et des partenaires opérationnels
→ Animation des rencontres / débats
CENTRE LOCAL D'INFORMATION ET DE COORDINATION
(nord du département)
CENTRE SOCIAL DE NEXON
(sud du département)
E.H.P.A.D. Les Cars
(ouest du département)
Mobilisation des groupes / co-animation des séances / relais sur les territoires

Premiers résultats :

- **Impulsions et dynamiques créées par le projet :**
- Poursuite du projet par le centre social (« Nex'Generation »)
- Création de partenariats au sein de communes concernées
- Rencontre de structures intéressées par la démarche, prêtes à participer à la valorisation des oeuvres
- **Intérêt des participants lors des échanges et forte implication lors des ateliers de création**
- **Recueil des échanges et des témoignages: scénarii, photographies, recueil de témoignages à valoriser**

CONTENU DES ECHANGES : Difficulté de lancer la discussion sur des sujets concernant le vécu des personnes et qui peuvent susciter des résistances ou l'expression de souffrance, d'autant plus à l'intérieur de groupes qui se réunissent pour se distraire. La difficulté de vivre la solitude et la diminution des capacités physiques, par exemple, sont souvent évoquées; certaines personnes sont capables, plus que d'autres, de prendre du recul et d'évoquer parallèlement les stratégies développées pour maintenir le plaisir de vivre.
En Creuse, c'est à partir des premières rencontres que les animatrices ont tenté de concilier réflexion/échange et convivialité, en créant un jeu de questions pour cadrer le débat et le lancer plus rapidement . Ensuite, les séances sont plus spontanées et recueillent facilement l'adhésion des participants.

MOBILISATION DES PUBLICS : ***« Paroles et Reg'Arts de seniors »*** se sont appuyés sur des groupes déjà constitués pour toucher les seniors, ce sont donc les personnes les plus « actives », déjà impliquées dans des actions associatives qui ont rejoint les groupes. Le projet décliné en Haute-Vienne s'est trouvé confronté à la difficulté d'impulser une dynamique au sein d'un des groupe de seniors non constitué avant le projet.
Comment solliciter les seniors moins investis dans les dynamiques associatives?

PERSPECTIVES : En **Haute—Vienne**, les séances ont permis d'échanger et de créer avec les seniors. Mais le projet souhaite aller plus loin en diffusant les productions auprès du grand public. En effet, la valorisation des œuvres créées permettra de prolonger le projet au-delà des trois types de publics visés jusqu'alors.
En **Creuse**, le projet va évoluer vers la création d'un café des âges, c'est-à-dire des rendez vous trimestriels de débat entre générations, au niveau départemental. Mais pour prendre en compte la capacité d'expression plus ou moins facile selon les personnes mais aussi selon la taille des groupes, il semble intéressant de garder un niveau de petit groupe pour faciliter la prise de parole de chacun et de proposer une restitution du contenu des échanges lors des débats en département.

Figure 4.6. PRSP « Bien vieillir en Limousin »

LES ACTEURS INSTITUTIONNELS

L'organisation de la santé en France est complexe de par la multiplicité des intervenants publics et privés ayant compétence dans ce domaine.

Les administrations sanitaires

Les institutions nationales

Le ministère de la Santé

Selon les époques, la santé a été prise en charge par un ministère autonome ou rattachée à un ministère plus vaste (Affaires sociales, Solidarité). Depuis 2010, le ministre de la Santé et des Sports prépare et met en œuvre la politique du gouvernement relative à la santé publique, à l'organisation du système de soins, à l'Assurance Maladie et Maternité, aux activités physiques et sportives et à la pratique des sports.

À ce titre, il élabore et met en œuvre, en liaison avec les autres ministres compétents, les règles relatives à la politique de protection de la santé contre les divers risques susceptibles de l'affecter. Il est responsable de l'organisation de la prévention et des soins. Il est également compétent en matière de professions médicales et paramédicales et de lutte contre la toxicomanie.

Les services du ministère de la Santé

La Direction générale de la santé (DGS) est chargée d'élaborer et de mettre en œuvre la politique relative à la prévention, à l'environnement sanitaire, à la maternité, à l'enfance et aux actions spécifiques de santé. Elle a aussi en charge la gestion des risques sanitaires ainsi que l'organisation et la formation des professions médicales et paramédicales.

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) est chargée de la programmation de l'offre de soins et des investissements hospitaliers, de la gestion des statuts et de la formation des personnels hospitaliers, ainsi que de l'organisation des établissements hospitaliers.

La Direction générale de l'action sociale (DGAS) pilote la mise en œuvre des politiques d'action sociale pour les personnes ou les groupes en difficulté sociale, les enfants et les adultes handicapés, les personnes âgées ainsi que les familles, les enfants et les adolescents.

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) assure une mission de contrôle et d'évaluation des services, établissements ou institutions qui interviennent dans la mise en œuvre des politiques publiques dans les domaines de la santé, de la protection et de l'action sociale, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

La Haute Autorité de santé (HAS), créée par la loi du 13 août 2004, est chargée d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'Assurance Maladie, de mettre en œuvre la certification des établissements de santé et de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et du grand public. Ses missions consistent à :

- évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels, à proposer ou non leur remboursement par l'Assurance Maladie ;
- promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels et des usagers de santé ;
- améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville ;
- veiller à la qualité de l'information médicale diffusée ;

– informer les professionnels de santé et le grand public et améliorer la qualité de l'information médicale ;
– développer la concertation et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), créée en 2007, établit les référentiels de qualité pour les professionnels et est chargée de l'évaluation des prestations offertes dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Les Agences régionales de santé (ARS)

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* » (HPST), institue, dans son article 118, les Agences régionales de santé. Les 26 ARS ont été mises en place au 1er avril 2010. Elles sont le pilier de la réforme du système de santé. « *Les ARS sont chargées d'adapter la politique de santé publique aux problématiques spécifiques des régions dans les secteurs de la médecine de ville, de l'hôpital et du médico-social. Elles orchestreront l'offre de soins en régulant, en orientant et en organisant les services de santé afin de répondre aux besoins en soins et en services médico-sociaux*[3] ». Par un pilotage unifié, elles doivent permettre de mieux répondre aux besoins des usagers et d'accroître l'efficacité du système de santé. L'ARS regroupera les attributions auparavant exercées par différents organismes[4].

Les missions des ARS

Les ARS assurent deux grandes missions : l'organisation du système de santé et la régulation de l'offre de soins.

Le pilotage de la politique de santé publique en région comprend trois champs d'intervention : la veille et la sécurité sanitaires qui englobent l'observation de la santé ; la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé ; l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.

La régulation de l'offre de santé en région vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé. Il s'agit de fournir un égal accès aux soins à tous les Français en tout point du territoire et pour cela lutter contre la désertification médicale, décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social.

L'organisation des ARS

Elles sont dotées d'un conseil de surveillance, d'une Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) chargée de participer à la définition des objectifs et des actions. Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale, assurent la cohérence et la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, mais également dans les domaines de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social.

3 http://www.gouvernement.fr/gouvernement/les-prefigurateurs-nouvellement-nommes-vont-installer-les-agences-regionales-de-sante

4 Les différents organismes sont l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH), le Groupement régional de santé publique (GRSP), l'Urcam, la Drass, la Ddass, hors cohésion sociale, et la Cram.

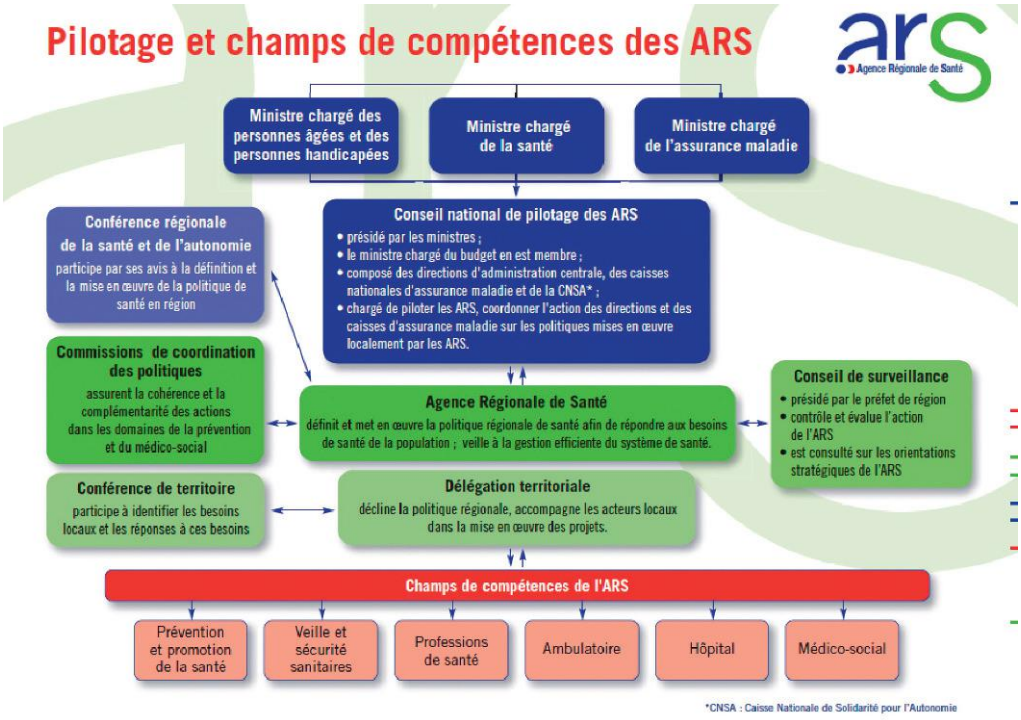

Pilotage et champs de compétences des ARS
ars Agence Régionale de Santé
Ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées
Ministre chargé de la santé
Ministre chargé de l'assurance maladie
Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
participe par ses avis à la définition et la mise en œuvre de la politique de santé en région
Conseil national de pilotage des ARS
• présidé par les ministres ;
• le ministre chargé du budget en est membre ;
• composé des directions d'administration centrale, des caisses nationales d'assurance maladie et de la CNSA* ;
• chargé de piloter les ARS, coordonner l'action des directions et des caisses d'assurance maladie sur les politiques mises en œuvre localement par les ARS.
Commissions de coordination des politiques
assurent la cohérence et la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention et du médico-social
Agence Régionale de Santé
définit et met en œuvre la politique régionale de santé afin de répondre aux besoins de santé de la population ; veille à la gestion efficiente du système de santé.
Conseil de surveillance
• présidé par le préfet de région
• contrôle et évalue l'action de l'ARS
• est consulté sur les orientations stratégiques de l'ARS
Conférence de territoire
participe à identifier les besoins locaux et les réponses à ces besoins
Délégation territoriale
décline la politique régionale, accompagne les acteurs locaux dans la mise en œuvre des projets.
Champs de compétences de l'ARS
Prévention et promotion de la santé
Veille et sécurité sanitaires
Professions de santé
Ambulatoire
Hôpital
Médico-social
*CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Figure 4.7. Pilotage et champs de compétences des ARS

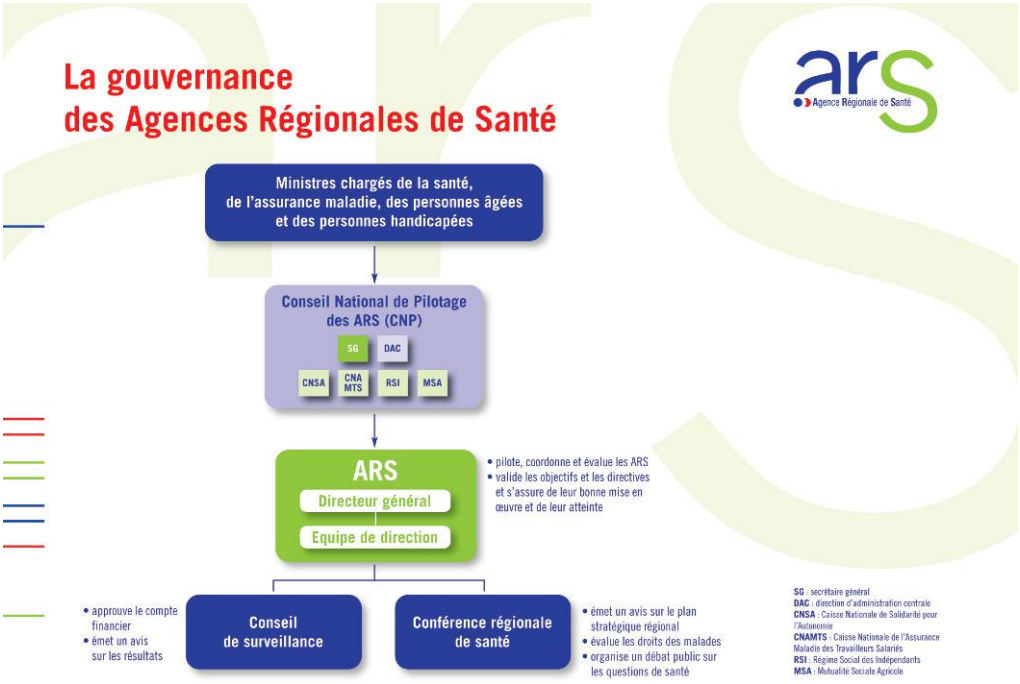

La gouvernance des Agences Régionales de Santé
ars Agence Régionale de Santé
Ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées
Conseil National de Pilotage des ARS (CNP)
SG
DAC
CNSA
CNAMTS
RSI
MSA
ARS
Directeur général
Equipe de direction
• pilote, coordonne et évalue les ARS
• valide les objectifs et les directives et s'assure de leur bonne mise en œuvre et de leur atteinte
• approuve le compte financier
• émet un avis sur les résultats
Conseil de surveillance
Conférence régionale de santé
• émet un avis sur le plan stratégique régional
• évalue les droits des malades
• organise un débat public sur les questions de santé
SG : secrétaire général
DAC : direction d'administration centrale
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
RSI : Régime Social des Indépendants
MSA : Mutualité Sociale Agricole

Figure 4.8. Gouvernance des Agences régionales de santé

Les territoires de santé

La planification permet au système de santé de s'adapter aux besoins de la population en répartissant au mieux l'offre de soins sur le territoire, ce qui facilite l'accès aux soins et réduit les dépenses de santé. Les premiers efforts de planification datent de 1958. En 2010, les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) introduits par la loi hospitalière du 31 juillet 1991 sont profondément rénovés. La carte sanitaire créée en 1970 est supprimée et le territoire de santé devient le territoire de l'organisation des soins. Elle porte sur les secteurs ambulatoire (médecine de ville), médico-social (aide et accompagnement des personnes âgées et handicapées) et hospitalier. Elle comporte une dimension territoriale, pour une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire, et une dimension économique pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé. Par ailleurs, des conférences de territoires participent à identifier les besoins locaux et organisent la réponse à ces besoins.

Les objectifs de l'organisation sanitaire sont de favoriser l'accès aux soins pour tous sur le territoire par région, d'assurer la permanence des soins, de veiller à l'efficience des structures de santé et d'offrir qualité et sécurité de la prise en charge.

La planification sanitaire délimite plusieurs territoires de santé sur lesquels l'ARS, par l'intermédiaire de différents schémas, met en œuvre le projet régional de santé.

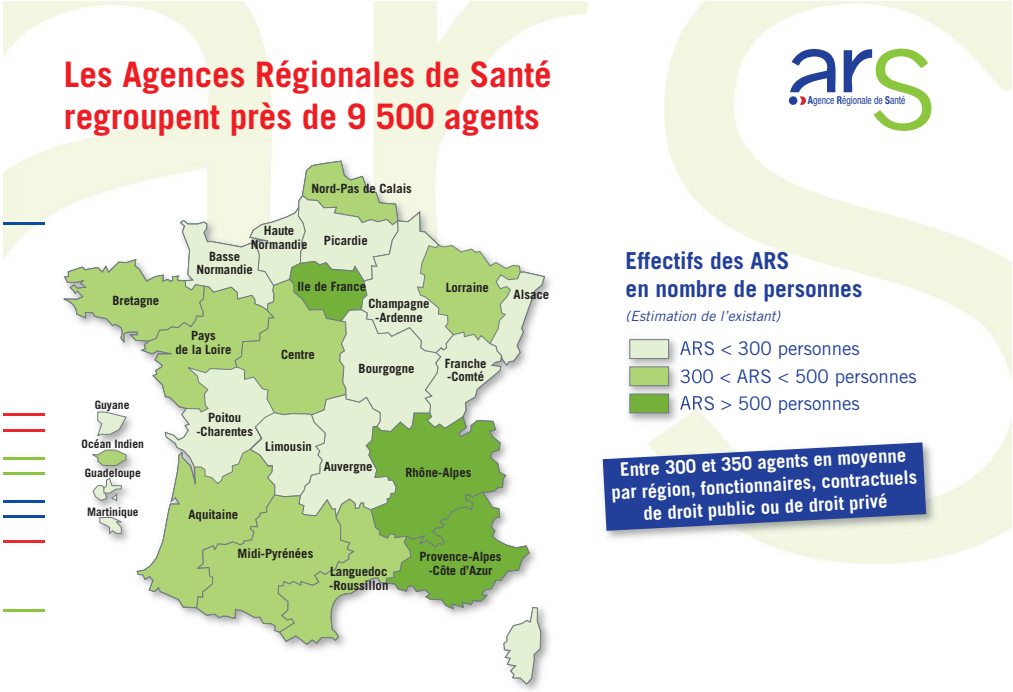


Figure 4.9. Les ARS sur le territoire national

Les différents niveaux de soins

L'accès aux soins est organisé en fonction des niveaux de soins[5] pour une meilleure répartition des ressources en fonction des besoins. Ces niveaux partent du plus près de l'usager, pour des soins dits de « première ligne » ou de proximité, pour atteindre en dernier niveau des soins complexes et de haute technologie.

Niveau de soins	Définition
Niveau de proximité	Niveau des soins de premier recours, celui de la permanence des soins, impliquant le généraliste, l'infirmier et le pharmacien.
Niveau intermédiaire	Structuré autour de la médecine polyvalente, premier niveau d'hospitalisation et de plateau technique.
Niveau de recours	Dispense des soins spécialisés, correspond au niveau de desserte de l'hôpital, pivot du territoire de recours.
Niveau régional	Comprend des prestations spécialisées qui ne sont pas assurées par les autres niveaux.
Niveau interrégional	Réservé à certaines activités telles que la prise en charge des grands brûlés ou la neurochirurgie.

Tableau 4.I. Définition des niveaux de soins

Ces niveaux correspondent à un découpage de l'organisation territoriale, à un cahier des charges et à un découpage territorial.

L'organisation territoriale des niveaux d'accès aux soins		
Niveau de soins identifié	**Cahier des charges des niveaux de soins**	**Découpage territorial**
Niveau de proximité	• Prévention • Prise en charge à domicile • Médecine polyvalente • Premier niveau d'hospitalisation	Zone de proximité
Niveau de référence	• Urgences • Plateau technique 24 h/24 h • Quasi-totalité des spécialités médicales et chirurgicales	Territoires de santé
Niveau de recours	• Techniques sophistiquées • Neurochirurgie • Chirurgie cardiaque • Grands brulés	Région Inter région

Tableau 4.II. Organisation territoriale des niveaux d'accès aux soins

5 Source : *Pratiques et organisation des* soins, volume 41 n° 1, janvier-mars 2010.

Les institutions départementales

Les conseils généraux de chaque département ont reçu compétence pour mettre en place des politiques volontaristes dans plusieurs domaines et notamment ceux en faveur de la personne handicapée, de l'enfance, de la personne âgée et la sécurité routière.

Compétence des départements en santé				
Domaine de compétence		**Compétence obligatoire**	**Politique volontariste**	**Allocation d'aide**
Action sociale		• Service social départemental d'insertion	• La santé facteur d'insertion ou d'exclusion • Lutte contre l'exclusion	• RSA • Fonds d'aide aux jeunes
Enfance	• Petite enfance	PMI	• Santé et précarité • Planification familiale	
	• Enfance en difficulté	Protection de l'enfance	• La santé facteur d'insertion	• ASE
	• Enfance/Éducation	Collèges	• Éducation pour la santé • Sécurité routière	
Personnes âgées		Service d'aide à la personne âgée	• Prévention des dépendances	• APA
Transport Déplacement		Routes Moyens de transport départementaux	• Sécurité routière	

Tableau 4.III. Compétence des départements en santé

Les institutions décentralisées communales

Les communes ont peu de prérogatives en matière sanitaire, cependant, le Code de la santé publique leur donne quelques attributions en matière de vaccination, désinfection, contrôle administratif et technique des règles d'hygiène des établissements, contrôle des eaux, des égouts et évacuation des déchets.

Les municipalités, au plus proches des citoyens, développent des politiques volontaristes afin de promouvoir la santé de leurs habitants en créant des centres de santé, des services de soins à domicile, en réalisant des actions de prévention dans les dispositifs de la « *politique de la ville* » : Contrats urbains de cohésion sociale (Cucs), Ateliers santé ville (ASV), points santé jeunes. Certaines villes sont engagées dans un réseau européen Villes-Santé.

Le réseau Ville-Santé

On définit une Ville-Santé comme une ville qui améliore constamment la qualité de son environnement, qui favorise le développement d'une communauté solidaire et qui participe à la vie de la cité. Elle agit en faveur de la santé de tous et réduit les inégalités, elle développe une économie diversifiée et innovante et elle donne à chacun les moyens d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel de créativité.

On reconnaît une Ville-Santé à sa volonté de répondre aux besoins essentiels des citoyens (eau, nourriture, logement, travail, sécurité, statut social), à la qualité de son environnement, à la force de son tissu social, à l'utilisation la meilleure possible des ressources naturelles, à la richesse de la vie culturelle, à la vigueur et la diversité de son économie, aux conditions d'accès aux services publics et privés, au degré de contrôle que les habitants exercent sur les décisions qui les concernent, à l'état de santé de la population.

LES DISPOSITIFS DE SANTÉ PUBLIQUE

La veille sanitaire et la sécurité sanitaire

Les agences sanitaires et les instituts

Tous ces organismes ont pour objet, dans leurs domaines de compétence respectifs, de prévenir et détecter les phénomènes ou les accidents pouvant influer sur la santé des populations.

- L'Institut de Veille sanitaire (InVS) est chargé de la surveillance de l'état de santé de la population, en s'appuyant sur un réseau national de santé publique. Il assure des missions de veille, d'épidémiologie, d'alerte et de conseil des pouvoirs publics en cas de menace ou de crise sanitaire.
- L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Sa compétence s'applique à tous les produits de santé destinés à l'homme, les médicaments et les matières premières, les dispositifs médicaux, les dispositifs de diagnostic *in vitro*, les produits biologiques d'origine humaine (produits sanguins labiles, organes, tissus, cellules, produits de thérapie génique et de thérapie cellulaire), les produits thérapeutiques annexes, les produits cosmétiques.
- L'Agence de la biomédecine est chargée de contrôler les activités de prélèvement, les activités de greffe, la procréation assistée, l'embryologie et la génétique humaine.
- L'Établissement français du sang (EFS) a pour responsabilité l'organisation de la collecte de sang et de la transfusion sanguine, ainsi que le contrôle des thérapeutiques utilisant le sang et ses dérivés.

Il existe un certain nombre d'agences ou organismes également impliqués dans la sécurité sanitaire :

- l'Agence de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) ;
- l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) ;
- l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire ;
- le Comité national de la sécurité sanitaire ;
- la Commission nationale de matériovigilance.

La recherche

- L'Institut national du cancer (INCa) a été créé par la loi de santé publique du 9 août 2004 dans le cadre du Plan cancer, pour pérenniser une politique nationale coordonnée de lutte contre le cancer. Sa finalité est de contribuer à diminuer la mortalité par cancer en France et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer.

- L'Inserm, Institut national de la santé et de la recherche, est un organisme public de recherche français à caractère scientifique et technologique dédié à la santé humaine. Il s'est vu confier, en 2008, la responsabilité d'assurer la coordination stratégique, scientifique et opérationnelle de la recherche biomédicale.
- L'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes). Producteur de données et d'analyses en économie de la santé, l'Irdes a pour objectif d'observer et d'analyser l'évolution des comportements des consommateurs et des producteurs de soins sous les angles médical, économique et géographique.
- L'École des hautes études en santé publique (EHESP, établissement international) assure la formation des métiers de direction, de gestion, d'inspection et de contrôle dans les domaines sanitaires, sociaux et médico-sociaux, ainsi que des activités d'enseignement supérieur et de recherche en santé publique.
- Le Comité consultatif national d'éthique a un rôle de réflexion sur toutes les approches éthiques des prises en charge de la santé en général et des activités de recherche en biologie et en médecine en particulier.

Les organes consultatifs

La Conférence nationale de santé (CNS)

Lieu de concertation sur les orientations des politiques de santé, la CNS permet aux acteurs d'exprimer leurs points de vue sur les politiques à mettre en œuvre, de relayer les demandes et les besoins de la population (état de santé, accès au système de santé) et de favoriser le dialogue entre les usagers, les professionnels, les autres acteurs de la santé et les responsables politiques.

Elle est consultée par le gouvernement lors de la préparation du projet de loi définissant les objectifs de la santé publique ; elle formule des avis et propositions sur les plans et programmes prévus par le gouvernement ou en vue d'améliorer le système de santé en France. Elle contribue à l'organisation de débats publics sur les questions de santé. Elle réalise un rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé.

LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Cette loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a cherché à assurer la qualité du système de santé et à reconnaître les droits des malades et des usagers du système de santé. Elle a introduit la représentation et la participation des usagers au système de santé en prévoyant un mécanisme d'agrément de leurs associations, au niveau national et au niveau régional.

Plus récemment, la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 introduit « *l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires* » comme partie intégrante de la politique de santé publique.

La notion de « *démocratie sanitaire* » correspond à la volonté de redonner une place directe à l'individu dans les prises de décision en santé, c'est le mouvement dit de « *démocratie participative* », dont relève l'implication des « *communautés* » dans la conception OMS des soins primaires.

Quels sont les droits des usagers ?

- Les droits individuels à la personne, usager du système de santé : consentement libre et éclairé, droit au refus de traitement, droit à l'information, à l'accès à ses données de santé, à son dossier médical, droit au secret médical et à la confidentialité des données la concernant.
- Le droit à indemnisation en cas de dommage injustifié.
- Le droit à un accès équitable au système de santé.
- Les droits collectifs comme celui d'être représenté dans les instances du système de santé

Les associations d'usagers et de patients

Les associations d'usagers et de patients ont pour rôle de représenter les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique, en particulier dans les conseils d'administration des établissements d'hospitalisation, les conférences régionales de santé et la conférence nationale de santé. Leur consultation est destinée à recueillir l'avis de ces acteurs de santé.

Elles sont agréées au niveau national et habilitées à exercer les droits reconnus à la partie civile pour des infractions prévues par le Code pénal et le Code de la santé publique portant un préjudice à l'intérêt collectif des usagers du système de santé.

Ce sont des associations très diverses en termes d'objet social, de nature des actions, d'histoire, de représentativité, de moyens, de vocation locale, nationale... Elles ont toutes été créées par et pour des malades ou les familles concernées par une pathologie précise ou un ensemble de maladies. Leur création peut-être liée soit à une urgence de santé publique (par exemple l'épidémie du VIH/Sida), soit à des avancées scientifiques ou médicales, ou encore à des stratégies de recherche et à la prise en compte d'enjeux sociaux dans le champ sanitaire.

Ces associations accomplissent des missions très diverses comme l'information, l'accueil, l'entraide, le soutien aux personnes concernées, la sensibilisation du public, la formation des malades, des familles et des professionnels, le développement et la gestion de programmes sociaux, l'information et l'éducation thérapeutique, l'accompagnement et l'accès aux soins et aux droits...

Exemple d'association

Le Ciss, Collectif inter associatif sur la santé, regroupe plus de 30 associations intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires de personnes malades et handicapées, de consommateurs et de familles. C'est la volonté de faire coïncider ces différentes approches qui a présidé à la création du Ciss en 1996, pour lui permettre de devenir aujourd'hui un interlocuteur crédible représentant et défendant les intérêts communs à tous les usagers du système de santé au-delà de tout particularisme.

Le respect des droits des usagers

Tout usager d'un établissement de santé peut exprimer, par oral ou par écrit, ses remarques auprès de plusieurs instances :

- la direction des usagers et de la clientèle ;
- la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) ;
- le médiateur médical ;
- le médiateur non médical ;
- les représentants des usagers.

Points clés à retenir

▶ La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) réforme l'organisation du système de santé. Les ARS deviennent les organes de régulation à l'échelle d'une région.

▶ Les administrations de l'État évoluent, changent de nom et d'attributions et le niveau d'organisation sanitaire devient territorial. L'accès aux soins est défini en niveau de soins.

▶ La participation des usagers au système de santé est renforcée.

▶ Un projet régional de santé comporte un plan stratégique et trois schémas :

– le schéma régional de prévention ;

– le schéma régional d'organisation des soins ;

– le schéma régional d'organisation médico-sociale.

▶ Chaque plan de santé publique est décliné localement par des actions mises en œuvre par les différents acteurs de santé publique, les professionnels sanitaires et sociaux, les associations et structures de santé publique.

▶ Un renforcement de la veille sanitaire est organisé, c'est la mission des agences. L'InVs est l'agence chargée de la surveillance de la santé des populations.

S'ENTRAINER

VÉRIFIER SES CONNAISSANCES

1

1. Parmi les textes suivants, lesquels traitent de la participation des usagers au système de santé ? Cochez la case correspondante.

La loi de 1991sur la réforme hospitalière	
L'ordonnance Juppé de 1996	
La loi de 2002 sur le droit des malades	
La loi de santé publique de 1901	
Le décret de compétence de 2002	
La charte d'Ottawa de l'OMS	
La loi de santé publique de 2004	

2. Renseignez le tableau suivant.

Acteurs de la veille sanitaire	Rôle
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)	
Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa)	
Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset)	
Institut national de l'environnement industriel et des risques (Ineris)	
Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)	
Institut national de la recherche en sécurité (INRS)	
Établissement français du sang (EFS)	

2 QCM

1. Le niveau d'organisation de la santé est :
A. Local
B. Régional
C. Départemental
D. Intercommunal

2. Les PMI sont sous la responsabilité :
A. Des communes
B. Des départements
C. Des conseils régionaux
D. Des associations

3. La CRUQPC est :
A. Un service du ministère de la Santé
B. Un outil statistique
C. Une mesure de charge en soins
D. Une instance d'écoute des usagers de la santé

4. Les instances de démocratie sanitaire sont :
A. La conférence nationale de santé
B. La conférence régionale de santé
C. L'Institut de veille sanitaire
D. L'agence de biomédecine

5. Le recueil des textes de loi concernant la santé est :
A. Le Code de la famille
B. Le Code civil
C. Le Code de la santé publique
D. Le Code de déontologie

6. Le niveau de soins de proximité est encore appelé :
A. Soins de première ligne
B. Soins d'urgence
C. Soins communautaires
D. Soins de premier recours

7. Les mesures de maitrise médicalisée des dépenses de santé ont été introduites par :
A. La loi 1991sur la réforme hospitalière
B. L'ordonnance Juppé de 1996
C. Le plan hôpital 2007
D. La loi de santé publique de 2004

8. L'École des hautes études en santé publique forme :
A. Les infirmières
B. Les médecins
C. Les directeurs d'hôpitaux
D. Les directeurs de soins infirmiers

9. L'outil de planification sanitaire est :
A. La carte sanitaire
B. Le Schéma d'organisation sanitaire
C. Le territoire de santé
D. Le secteur de santé

10. L'organisme chargé du pilotage de la santé en région est :
A. L'ARS
B. L'HAS
C. L'Inpes
D. L'ARH

TRANSFÉRER À D'AUTRES SITUATIONS

Après lecture de la note sur le Plan cancer, renseigner la fiche de présentation ci-jointe.

Lancé par le président de la République en 2003, le « *plan de mobilisation nationale* » contre le cancer couvre la période 2003-2007. Ce plan est repris par la loi de santé publique de 2004 qui en fait un des cinq plans stratégiques nationaux. L'une de ses spécificités est de définir une stratégie globale de lutte contre le cancer, intégrant les différents domaines d'intervention (observation, prévention, dépistage, organisation des soins, accompagnement social et recherche). Il intègre par ailleurs la constitution d'une agence dédiée (l'INCa). Dès son lancement, le Plan cancer envisageait la mise en place d'un dispositif d'évaluation de politique publique. Afin de s'assurer de la justesse des actions du plan, il a été décidé de mesurer leurs impacts auprès des bénéficiaires, des professionnels de santé et de la société civile. Un bilan de l'état d'avancement du plan est fait régulièrement par l'Institut national du cancer. Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a été mandaté par le ministre en charge de la Santé pour l'évaluation du Plan cancer en 2008. Ce projet a constitué, pour le HCSP, la première évaluation finale d'un plan stratégique. Cette évaluation complète les travaux de la Cour des comptes sur la mise en œuvre du plan.

Les propositions déclinées dans ce Plan cancer ont pour ambition de répondre aux besoins des patients, de leurs proches et des professionnels qui prennent en charge les personnes atteintes par cette maladie. Prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner, comprendre et découvrir. Les propositions se déclinent en 70 mesures à découvrir sur le site Internet www.e-cancer.fr.

L'émergence d'organisations innovantes a ainsi été facilitée, comme peuvent l'être les réseaux de santé. Les acteurs de terrain ont relayé les programmes, Assurance Maladie, Inpes, professionnels de santé et professionnels sociaux, équipe pluridisciplinaire de proximité.

C'est également dans la déclinaison de ce plan national de mobilisation que des textes réglementaires nouveaux régissent les conditions de prise en charge des patients atteints de cancer et favorisent l'appui qui peut être apporté à leurs familles.

Chaque région décline le Plan cancer dans son Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) et son Plan régional de santé publique (PRSP).

Il faut rappeler que le cancer est, en France, la première cause de mortalité et le premier facteur de risque d'affection de longue durée. Il est responsable d'un tiers des décès masculins et d'un quart des décès féminins. Les populations les plus touchées sont les populations âgées (97 % des personnes décédant du cancer ont plus de 44 ans).

Fiche à compléter :

Période	
Raisons d'être du plan	
Objectif général	
6 saxes prioritaires	
Acteurs de mise en œuvre	
Pilotage du plan	
Calendrier	
Mise en place d'un dispositif d'évaluation du plan	

CORRIGÉS

VÉRIFIER SES CONNAISSANCES

1

1

La loi de 1991 sur la réforme hospitalière	
L'ordonnance Juppé de 1996	X
La loi de 2002 sur le droit des malades	X
La loi de santé publique de 1901	
Le décret de compétence de 2002	
La charte d'Ottawa de l'OMS	X

2

Acteurs de la veille sanitaire	Rôle
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)	Établissement public rattaché au ministère de la Santé. Elle a pour mission d'assurer le contrôle des produits de santé, c'est-à-dire de vérifier la sécurité sanitaire des médicaments, des greffes, du sang, des cosmétiques...
Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa)	Établissement public rattaché à plusieurs ministères : Santé et Agriculture. Elle évalue les risques sanitaires alimentaires, elle contrôle les produits tels que l'eau d'alimentation, les produits d'origine animale et les produits vétérinaires.
Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset)	Établissement public rattaché à plusieurs ministères : Santé, Environnement et Travail. Elle évalue les risques environnementaux chimiques et les risques en milieu professionnel.
Institut national de l'environnement industriel et des risques (Ineris)	Organisme travaillant sous la tutelle du ministère de l'Environnement. Il est chargé de la surveillance des risques liés aux activités économiques dans le domaine de l'industrie.
Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)	Organisme placé sous la tutelle de plusieurs ministères : Santé, Défense, Environnement. Il surveille les risques radiologiques et nucléaires comme la sûreté des réacteurs, les usines, la prévention des accidents majeurs et des actes terroristes.
Institut national de la recherche en sécurité (INRS)	Organisme placé sous la tutelle du ministère du Travail. Il a pour mission la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et l'amélioration de la santé et de la sécurité au travail.
Établissement français du sang (EFS)	Établissement public placé sous la tutelle du ministère de la Santé. Il assure l'expertise en matière de greffes d'organes, de cellules, de sang, de procréation, d'embryologie et de génétique humaine.

2 QCM

1B/2B/3D/4B/5C/6A/7D/8CD/9B/10A

TRANSFÉRER À D'AUTRES SITUATIONS

Période	2003-2007 (pluriannuel)
Raisons d'être du plan	280 000 nouveaux cas de cancers chaque année en France (incidence) 150 000 décès par an (mortalité) Première cause de mortalité prématurée
Objectif général	Objectif quantifié : diminuer de 20 % la mortalité par cancer Objectif qualitatif : répondre aux besoins des patients et des professionnels qui prennent en charge les malades
6 axes prioritaires	Accentuer la prévention Réorganiser le dépistage Permettre des soins de qualité Former les professionnels de santé Accompagner davantage les malades et leurs proches Renforcer la recherche sur le cancer
Acteurs de mise en œuvre	Assurance maladie, Inpes, les professionnels de santé et les professionnels sociaux (équipe pluridisciplinaire)
Pilotage du plan	Ministère de la Santé (particulièrement la DGS), les partenaires consultatifs (essentiellement le CNSP)
Calendrier	Plan mis en œuvre sur 5 ans (quinquennal)
Mise en place d'un dispositif d'évaluation du plan	Mesurer l'impact du plan national de santé publique sur la santé de la population et plus particulièrement sur les patients et sur les professionnels de santé Cette évaluation permet de dresser le bilan, donc de mettre en évidence les points positifs et les points négatifs et ainsi de remédier et de solutionner

5 Offre de soins

COMPRENDRE

La réponse aux besoins de santé d'une population à l'échelle d'un pays ne peut s'envisager que par une organisation de l'offre de soins. Celle-ci doit coordonner l'activité de l'ensemble des professionnels de santé avec le fonctionnement des structures de soins.

L'OFFRE DE SOINS

Un système de santé est la résultante de quatre composantes majeures que sont : l'offre de soins, le financement, la demande de soins et les éléments de liaisons qui assurent par l'intermédiaire des interfaces, le fonctionnement de l'ensemble.

L'offre de soins est caractérisée par la coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé. Elle recouvre l'ensemble des dispositifs qui doivent répondre à la demande de soins, que ces derniers soient préventifs ou curatifs. Ainsi, ils peuvent concerner les personnes malades (cas le plus fréquent) mais aussi en bonne santé dans le cadre de la prévention.

Les principaux acteurs de l'offre de soins sont : les établissements de santé, les réseaux de santé, les services extrahospitaliers et les professionnels de santé : médicaux dont chirurgiens dentistes, pharmaciens, et paramédicaux.

D'importantes transformations touchent aujourd'hui le champ sanitaire et médicosocial et modifient en profondeur l'organisation du système de soins. L'évolution de la démographie en France et son impact, à moyen terme, sur les conditions de prise en charge des patients, la « révolution » technologique et numérique, les changements notables dans les attentes des usagers vis-à-vis du système de santé et les problèmes liés à la démographie médicale sont quelques-uns des exemples de ces transformations.

La loi HPST de juillet 2009 précise les nouvelles orientations notamment dans l'offre de soins et la répartition des rôles de chacun des partenaires.

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Le système hospitalier français se caractérise par la coexistence d'établissements de soins à caractère public et à caractère privé à but lucratif et à but non lucratif. Le secteur public représente 65 % des lits et le secteur privé 35 %.

<table>
<tr><td>Partage du champ selon :</td><td colspan="8">Établissements de santé</td></tr>
<tr><td rowspan="3">la catégorie d'établissement</td><td colspan="5">Établissements publics de santé</td><td colspan="3">Établissements de santé privés</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Centres hospitaliers régionaux (CRH)</td><td rowspan="2">Centres hospitaliers généraux (CHG)</td><td rowspan="2">Centres hospitaliers psychiatriques (CHS)</td><td rowspan="2">Hôpitaux locaux (HL)</td><td rowspan="2">Autres établissements</td><td colspan="3">Établissements de soins de courte durée</td></tr>
<tr><td colspan="3">Centres de lutte contre le cancer (CLCC)
Établissements de lutte contre les maladies mentales
Établissements de soins de suite et de réadaptation
Établissements de soins de longue durée
Établissements d'hospitalisation à domicile
Établissements de dialyse
Établissements de radiothérapie</td></tr>
<tr><td rowspan="3">le statut</td><td colspan="5">Secteur public</td><td colspan="3">Secteur privé</td></tr>
<tr><td colspan="7">Participant au secteur public hospitalier (ESPIC)</td><td>Non ESPIC</td></tr>
<tr><td colspan="7">Secteur non lucratif</td><td>Secteur lucratif</td></tr>
</table>

Figure 5.1. Les différents types d'établissement de santé

Les établissements publics de santé

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public. Ils assurent une mission de service public et sont soumis au contrôle de l'État. Le plus souvent rattachés à une commune, ils jouissent d'une certaine autonomie de gestion.

La loi HPST sur la modernisation des établissements de santé clarifie le statut des établissements de santé pour les établissements publics. Elle prévoit la création d'une catégorie unique de centre hospitalier (régional et/ou universitaire), qui se substitue aux deux catégories précédentes (centre hospitalier et hôpital local). Au niveau des établissements participants au service public hospitalier (Psph), elle met en place un nouveau label des Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIc).

Les missions de l'hôpital public

Les soins

Une des missions essentielles est la continuité des soins. L'article L.6112-2 du Code de la santé publique fait obligation au service public hospitalier d'assurer les soins 24 h/24, 365 jours sur 365 et de concourir à la prise en charge de l'urgence, d'assurer la permanence des soins aux patients et éventuellement leur admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier. L'hôpital met en place un système permettant de garantir la qualité des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire. Il participe à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire.

Le service public hospitalier est également tenu d'assurer ou de concourir à la prévention, l'enseignement et la recherche.

La prévention

L'hôpital est le lieu essentiel de détection des problèmes de santé, en particulier par le biais des urgences. Il s'inscrit aujourd'hui de plus en plus dans des logiques de réseau avec les autres acteurs sanitaires de son territoire de santé.

L'enseignement universitaire et postuniversitaire

La formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical est réaffirmée dans la loi de 2009.

La recherche

L'hôpital est un lieu de recherche clinique et une importante source d'innovations médicales et pharmaceutiques.

Les pôles d'activité

Pivot du système de soins, l'hôpital a été profondément transformé au cours des années 2000, avec la mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière. Son financement a été modifié en 2004 par la mise en place de la T2A (tarification à l'activité). Ces nouvelles modalités tiennent davantage compte de l'activité et du dynamisme de chaque établissement mais elles font rentrer l'hôpital dans une logique financière qui heurte les valeurs portées jusqu'alors par les professionnels de santé représentées par le droit à la santé, la solidarité et l'équité. Ce contexte rend difficile la mise en place de la récente organisation des soins prévue par ces nouvelles orientations et induit la crainte de voir s'instaurer une médecine à plusieurs vitesses. De plus, la nouvelle gouvernance de l'hôpital impose la mise en place de pôles de santé et déplace les pouvoirs entre les différentes instances participant à la gestion des établissements.

L'Agence régionale de santé, qui assure le contrôle de l'action des hôpitaux, a pour mission (entre autres) de rééquilibrer qualitativement l'offre de soins au regard des besoins d'une population qui vieillit et souffre de plus en plus de maladies chroniques.

Pour y parvenir, elle détermine une politique régionale qui se traduit par des reconversions et des modifications des activités des établissements de santé, telles que définies par la loi HPST (Hôpital, Patient, Territoire).

Ainsi, la création des Groupements de coopération sanitaire (GCS) et les Communautés hospitalières de territoires (CHT) impliquent des coopérations entre établissements.

Les CHT permettent à des établissements publics de développer une stratégie territoriale commune, sur la base d'un projet médical partagé avec d'autres établissements, tout en gardant leur indépendance fonctionnelle. La contractualisation est développée à l'extérieur de l'établissement auprès de l'ARH.

Les GCS facilitent les interventions communes des personnels des différents établissements concernés par le groupement et gèrent des équipements communs. Leur statut est public ou privé suivant les représentants membres. Un GCS peut être constitué entre des établissements de santé publics ou privés, entre des établissements médico-sociaux et entre des professionnels médicaux libéraux.

À l'intérieur de l'hôpital, la mise en place des pôles s'accompagne d'une contractualisation interne à l'établissement. Les services regroupés en pôle d'activité décident, par contrat, des initiatives qu'ils souhaitent développer. Ces pôles d'activité se substituent peu à peu aux services et aux départements. Les stratégies et les initiatives prises sont assorties d'objectifs évaluables et d'indicateurs mesurant le volume d'activité, la qualité, les coûts financiers, le suivi, les modalités d'intéressement aux résultats, les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

Le concept de pôle de santé a pour objectifs de répartir et de coordonner des activités d'hospitalisation et de soins entre plusieurs établissements de santé d'un territoire géographique en vue d'établir des complémentarités et de permettre une utilisation commune et partagée des équipements et des moyens.

Les pôles d'activité cliniques ou médicaux-techniques sont sous la responsabilité d'un praticien titulaire « chef de pôle », assisté de cadres gestionnaire et soignant. Ces pôles assurent la mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'établissement, *via* un conseil de pôle qui sollicite la participation des personnels et favorise l'élaboration des orientations et des projets du pôle.

La mise en place des pôles de santé correspond à une nouvelle stratégie qui passe par une nouvelle définition des missions, des moyens et des résultats. Cette évolution repose sur la rationalité de l'offre de soins et des plateaux techniques.

Au niveau architectural, un pôle permet la mutualisation des ressources, une organisation structurée en plateau, une bonne lisibilité de la structure et la gestion des flux.

Au niveau de la prise en charge des patients, ces derniers sont plus rapidement orientés sur différentes disciplines (médecine et chirurgie), le plateau technique est de haut niveau et performant, il existe une politique qualité.

Au niveau de la gestion, il est plus aisé de modifier le périmètre des pôles, de faciliter l'évolutivité des lits à caractère médicochirurgicaux.

Cependant, des changements mal ciblés peuvent être la cause d'une perte de lisibilité pour les acteurs de soins et pour les patients.

Les catégories d'établissements

Il existe différents types d'hôpitaux publics, les centres hospitaliers régionaux, les centres hospitaliers.

Les Centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU)

Ce sont des établissements de recours présents dans les grandes métropoles régionales. Les Centres hospitaliers régionaux (CHR) ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation. Ils cumulent une fonction de soins courants vis-à-vis de la population de leur secteur et une fonction d'appel et de soins de second degré vis-à-vis des autres établissements de la région. La grande majorité des CHR est associée à une ou plusieurs Unités de formation et de recherche (UFR), pour former un centre hospitalier régional universitaire (CHRU). Les CHU rassemblent plus de 200 sites hospitaliers et près de 3 000 services ou départements, d'une capacité de 87 000 lits et de près de 10 000 places.

Les Centres hospitaliers (CH)

Leur mission est d'assurer toute la gamme des soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ainsi que les soins de suite et de réadaptation (SSR) et de longue durée. Certains

d'entre eux ont une vocation régionale et/ou universitaire (CHU). Ils sont souvent le principal employeur de leur ville. Parmi ces centres hospitaliers, certains sont spécialisés en psychiatrie adulte et en psychiatrie infanto-juvénile sectorisée.

Certains centres hospitaliers, appelés auparavant hôpitaux locaux, constituent un premier niveau de prise en charge. À ce titre, ils dispensent des soins à une population vivant dans une zone géographique de proximité, grâce aux services de médecine, de soins de suite et de réadaptation, et aux services d'hospitalisation, de soins, d'aide ou de soutien à domicile (service de soins infirmiers à domicile, hospitalisation à domicile…). Ils accueillent, dans des services adaptés (constituant un lieu de vie), une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins.

■ **Les Hôpitaux d'instruction des armées (HIA)**

Ils sont placés sous l'autorité du chef d'état-major des armées et considérés comme des CHU par le ministère de la Santé. Les neuf hôpitaux d'instruction des armées participent au service public hospitalier. Ils sont accessibles à l'ensemble des assurés sociaux dans le cadre du parcours de soins coordonné. Les neuf HIA sont répartis sur l'ensemble du territoire (Paris, Brest, Bordeaux, Lyon, Metz, Toulon, Saint-Mandé, Clamart). Ils représentent une capacité de 2 800 lits, qui peut être portée à 3 200 en cas de crise.

■ **L'Hospitalisation à domicile (HAD)**

Considérée comme une autre forme d'hospitalisation, l'HAD est une alternative à l'hospitalisation prolongée. Un médecin peut prescrire, pour un adulte ou un enfant, une HAD afin d'assurer au domicile du patient tous les soins médicaux et paramédicaux nécessaires. Ce dispositif est soumis à conditions. Il fait suite à une consultation hospitalière, une hospitalisation ou peut être une proposition du médecin traitant, après accord du médecin coordonnateur de l'HAD.

L'admission est prononcée sur la base d'un projet thérapeutique, après détermination des soins nécessaires et évaluation de la faisabilité de la prise en charge au domicile. Le médecin coordonnateur de l'HAD émet un avis favorable. Le médecin de ville assure le suivi du malade au domicile. Les relations avec les différents services de l'hôpital (consultations, traitements, transports) sont assurées par les infirmières de coordination présentes dans tous les hôpitaux de court séjour. L'infirmière de coordination évalue la faisabilité du retour au domicile, assistée du service social de l'HAD. L'HAD prend en charge tous les actes médicaux, la fourniture des médicaments, ainsi que la location de tout le matériel nécessaire. Le service d'HAD assure 7 jours sur 7 et 24 h/24, la continuité de soins, équivalents à ceux dispensés dans un hôpital. Le médecin traitant, librement choisi par le malade, assure la surveillance des soins pris en charge par l'équipe pluridisciplinaire de l'HAD. Les modalités de prise en charge sont identiques à celles des hôpitaux publics et soumises aux mêmes conditions administratives et financières (en dehors du forfait journalier).

Les établissements de santé privés

On distingue généralement parmi les établissements de soins privés ceux à un but lucratif (que l'on appelle généralement **cliniques**) et ceux à but non lucratif, qui participent le plus souvent au service public hospitalier (**ESPIC**).

Les établissements hospitaliers privés à but non lucratif

La majorité des hôpitaux privés à but non lucratif ont des missions de service public. Ces établissements sont gérés par une personne morale de droit privé (généralement une association ou une fondation) et les pouvoirs publics n'interfèrent pas dans le choix de leurs responsables. Ces établissements interviennent sur l'ensemble des champs sanitaire, social et médico-social. On trouve ainsi des structures de soins à domicile, des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des Établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'hospitalisation à domicile (exemples : la Croix-Rouge, Saint-Joseph, l'ordre de Malte, SOS Habitat et soins, etc.).

Ils ne sont pas soumis aux règles des marchés publics, leur comptabilité est de droit privé et les bénéfices dégagés sont intégralement réinvestis dans l'établissement. En revanche, leur mode de financement est le même que celui des hôpitaux publics et ils en partagent les valeurs et les principes. Ils garantissent l'égal accès aux soins pour tous, assurent un accueil de jour et de nuit, éventuellement en urgence, offrent des soins préventifs, curatifs ou palliatifs. Ils veillent à la continuité des soins en s'assurant notamment que les patients disposent, à leur sortie, des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. Ils orientent des patients ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation.

Les Centres de lutte contre le cancer (CLCC)

Les Centres de lutte contre le cancer sont des établissements de santé hospitalo-universitaires, privés à but non lucratif, participant au service public hospitalier. Ils sont au nombre de 20, répartis dans toute la France. Leur statut leur confère une triple mission de soins, de recherche et d'enseignement, exclusivement axée sur le cancer. Le regroupement de moyens, de plateaux techniques et de personnel hautement qualifié dans chaque centre rend possible la prise en charge du traitement du cancer dans sa globalité. Cette prise en charge des patients intervient dans le cadre d'un réseau régional de cancérologie, associant l'ensemble des acteurs concernés (autres établissements, médecins libéraux, services à domicile...). Ils sont rassemblés en une fédération : la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), reconnue d'utilité publique en 2004. Elle défend les intérêts des centres auprès des ministères de tutelle et développe avec eux des projets pour améliorer les prises en charge, l'innovation thérapeutique et l'efficience des organisations au service des personnes malades.

Les établissements à but lucratif

Les établissements à but lucratif sont au nombre de 1 442. Ils sont le plus souvent constitués sous forme de sociétés de personnes ou de capitaux, au sein desquelles s'exerce l'activité libérale des praticiens. Sur le plan financier, l'établissement passe en effet contrat avec des médecins, associés ou non, pour pouvoir fonctionner. L'évolution récente fait apparaître un rôle croissant des investisseurs extérieurs dans l'hospitalisation privée, notamment sous la forme de chaînes de cliniques qui rachètent des établissements existants et permettent l'apport de capitaux plus importants.

LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

Ce secteur recouvre les établissements et services pour les personnes âgées, pour les enfants et les adultes handicapés[1].

L'ARS gère les procédures d'autorisation, les investissements et les appels à projet. Elle veille à la qualité et l'efficience des établissements médico-sociaux.

Les types de structures

Type de structures	Public accueilli
• Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) • Foyers-logements • Maisons de retraite • Service de soins infirmiers à domicile • Services de soins, d'aide et d'accompagnement	Personnes âgées
• Foyers d'accueil ou occupationnels • Foyers d'accueil médicalisés • Services de soins, d'aide et d'accompagnement • Établissements et services d'aide par le travail (Esat, anciennement Cat) • Centres de rééducation professionnelle • Centre d'orientation professionnelle	Handicapés mentaux ou physiques Polyhandicapés adultes
• Centres médio-psychopédagogiques (CMPP) • Instituts médico-éducatifs (IME) • Institut médico-pédagogiques (IMP) • Institut médico-professionnels (IMpro) • Instituts de rééducation (Itep) • Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad)	Enfance handicapée et inadaptée

Tableau 5.I. Types de structure médico-sociales

LA MÉDECINE DE VILLE

Les médecins libéraux

La médecine de ville regroupe tous les professionnels de santé libéraux qui exercent en cabinet de ville : médecins (généralistes et spécialistes), infirmiers, kinésithérapeutes... Elle s'est construite à partir de la pratique des médecins généralistes, fondée sur les principes du Code de déontologie médicale. Les principes de référence sont :

- la liberté thérapeutique et de prescription ;
- le respect du secret professionnel ;
- le droit à des honoraires fixés par « entente directe » entre le médecin et le patient qui rétribue directement son médecin ;
- la liberté d'installation ;
- le contrôle des médecins exclusivement par leurs pairs.

1 Voir volume 20 : *Santé, maladie, handicap, accidents de la vie*, dans la même collection (à paraître)

La tarification

La rémunération des praticiens libéraux est fondée sur le paiement à l'acte. Cependant, il existe deux catégories : les médecins conventionnés de secteur 1 et de secteur 2.

Les médecins de secteur 1

Les médecins conventionnés de secteur 1 adhèrent à une convention qui fixe le montant du paiement à l'acte, ils représentent le secteur 1. Tous les patients bénéficient d'un même tarif et d'un taux de remboursement de 70 %. En échange, les cotisations sociales personnelles du médecin sont prises en charge pour partie par la Sécurité sociale. Les tarifs sont opposables, sauf exigence particulière du malade ou lorsque le patient est hors parcours de soins pour les spécialistes.

Les médecins de secteur 2

Les médecins du secteur 2 fixent librement le montant de leurs honoraires, le dépassement devant être fait avec tact et modération. Depuis 1990, l'accès au secteur 2 est restreint, seuls les médecins titulaires de titres hospitaliers (anciens chefs de clinique et anciens assistants des hôpitaux généraux et spécialisés), ou ayant une certaine ancienneté peuvent y prétendre.

En contrepartie, le médecin participe davantage au paiement de ses cotisations sociales personnelles.

Les maisons de santé

L'indépendance professionnelle du médecin libéral et une rémunération principalement à l'acte restent les deux critères essentiels pour un exercice libéral de la médecine. Cependant, ce système entraîne une inégalité d'accès aux soins de plus en plus importante : disparités géographiques de la densité des professionnels de santé, refus de soigner les bénéficiaires de la CMU, dépassement d'honoraire, difficultés à assurer la permanence des soins... Les causes en sont multiples : mode de rémunération, mode de vie, féminisation de la profession, vieillissement des médecins généralistes et diminution de leur nombre. Pour pallier ces difficultés et assurer une meilleure répartition de l'accès aux soins sur le pays, la loi relative à la réforme de l'Assurance Maladie a mis en place dans chaque région une Mission régionale de santé (MRS) ayant pour vocation de favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire en proposant des mesures incitatives à l'installation, d'améliorer la qualité et la coordination des soins à travers les réseaux de santé et les Maisons de santé pluridisciplinaire (MSP).

Les MSP offrent à la population, sur un même lieu, un ensemble de services de santé, principalement de premiers recours (soins primaires). Elles regroupent des activités médicales et paramédicales, ce qui favorise les prises en charge coordonnées et concoure au maintien, voire au développement de l'offre de soins, dans les secteurs définis comme déficitaires.

Les infirmiers libéraux

Les infirmières françaises sont les seules dans l'Union européenne à pouvoir exercer en libéral. Au nombre de 73 510 en 2009, elles sont de moins en moins nombreuses du fait de la faible cotation des actes infirmiers, mais également en regard des nombreuses contraintes qu'implique leur profession. De ce fait, dans certaines régions, il s'avère difficile de maintenir une offre de soins infirmiers répondant aux besoins de la population.

Les activités des infirmières libérales sont encadrées par des dispositions réglementaires. Il s'agit d'une part de la Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmières et les Caisses d'Assurance Maladie et d'autre part de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux. Depuis 2007, la législation évolue et les missions des infirmiers libéraux s'élargissent avec l'autorisation de prescrire certains dispositifs médicaux, d'effectuer la vaccination contre la grippe mais aussi, l'obligation de s'installer dans les zones déficitaires.

La loi HPST prévoit une réorganisation de la représentativité des professions libérales par l'organisation d'élection pour chaque profession et la consultation des listes au sein des ARS. Par l'intermédiaire du dispositif Infosoins, prévu par la loi du 13 août 2004, les usagers peuvent accéder aux coordonnées de tous les professionnels de santé libéraux, et consulter les tarifs des consultations médicales pratiqués sur les trois derniers mois. Ce fichier est mis à jour chaque mois par l'Assurance Maladie, il est accessible sur Internet.

LA SANTÉ MENTALE

L'état des lieux de la santé mentale

En France, on estime que 15 % de la population souffre, à des degrés divers, de problèmes de santé mentale et que 3 % des décès sont dus aux maladies mentales. Leur pourcentage reste stable dans la population (environ 1 % de schizophrénies et 15 % de dépressions), mais chaque année, 12 000 personnes mettent fin à leurs jours. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les adolescents et la première chez les 25-35 ans. Par ailleurs, la consommation française de psychotropes figure parmi les plus importantes du monde et un quart des patients qui consultent en médecine générale présentent des troubles mentaux.

La grande majorité des personnes sont suivies en ambulatoire (sans hospitalisation), dans le cadre des secteurs psychiatriques couverts par l'établissement et au sein des différentes structures de prise en charge ; le suivi en Centre médico-psychologique (CMP) est le plus usuel. Les patients sont hospitalisés dans les secteurs de psychiatrie pour des affections liées aux processus psychopathologiques (la schizophrénie, 61 % d'hommes) ou liées à la consommation d'alcool (71 % d'hommes). Les femmes sont relativement plus nombreuses dans les structures ambulatoires (57 % de femmes) pour des pathologies telles que la dépression (68 % de femmes) ou l'anxiété (70 %).

Les capacités d'hospitalisation en psychiatrie, mesurées en nombre de lits par habitant, placent la France au troisième rang européen.

La lutte contre les maladies psychiatriques regroupe des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. L'ensemble de ces missions s'exerce, d'une part, dans le cadre de circonscriptions géographiques appelées secteurs psychiatriques et, d'autre part, dans le cadre de territoires de santé pour la planification et la coopération avec les autres disciplines. Cinquante ans après l'introduction en France de la politique de sectorisation, les secteurs psychiatriques, unités de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique, se caractérisent par d'importantes disparités. Celles-ci concernent tant les moyens humains, matériels et financiers que la réalisation des objectifs de la politique de sectorisation.

La politique de santé mentale

Face à ce constat, un plan santé mentale a été mis en œuvre depuis 2005 et une modification de la législation est étudiée. La loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a fixé cinq objectifs à la politique de santé mentale :

- réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques ;
- réduire de 10 % le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité ;
- réduire de 20 % le nombre de suicides en population générale ;
- réduire de 20 % le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus ;
- augmenter de 20 % le nombre de personnes souffrant des troubles dépressifs ou névrotiques et anxieux traités selon les recommandations de bonne pratique clinique.

Pour atteindre ces objectifs, diverses mesures sont mises en œuvre afin d'améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique. Il s'agit de favoriser le diagnostic précoce des pathologies mentales, d'organiser une offre de soin adaptée, d'initier et de soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles et d'évaluation de celles-ci. Il s'agit également d'inciter les associations de malades souffrant de pathologies mentales et leurs familles à participer à l'amélioration du dispositif de prise en charge et au soutien des personnes malades.

Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008

Le premier axe du plan vise à favoriser le décloisonnement entre les différents acteurs de la prise en charge en renforçant la diffusion de l'information et de la prévention pour faire connaître au grand public les principales pathologies, leurs causes, leurs symptômes et leurs traitements. Il s'agit également de modifier les perceptions et d'améliorer, à terme, le suivi médico-psychique des personnes souffrant de troubles mentaux.

Exemple

Le réseau Sepia en Alsace

Sepia est une association de droit local créée en juin 1992 qui regroupe de nombreux partenaires, tous concernés par le problème du suicide chez les adolescents.

Le service d'intervention, composé des professionnels des équipes médico-sociales, est souvent confronté à des situations de crise aiguë avec risque suicidaire, à des situations de détresse et de difficultés face auxquelles ils peuvent se sentir seuls et démunis. De plus, les adolescents en situation de crise n'acceptent pas toujours de faire la démarche d'aller voir un psychothérapeute.

Face à ces données, Sepia a mis en place un service d'intervention qui couvre :

- l'intervention psychosociale immédiate dans le service hospitalier ;
- les conseils aux professionnels face à un jeune en difficulté ;
- l'intervention directe auprès d'un adolescent en crise suicidaire ;
- le suivi de jeunes (thérapie individuelle ou familiale).

Le fonctionnement d'un tel service repose sur une étroite collaboration entre Sepia, le milieu hospitalier et les services médico-sociaux scolaires du département et donc sur l'activation du réseau.

5 Offre de soins

En matière d'accueil et de soins, le plan comporte plusieurs mesures destinées à rompre l'isolement des médecins généralistes, à renforcer les prises en charge ambulatoires au sein des Centres médico-psychologiques (CMP) et à diversifier les alternatives à l'hospitalisation complète. L'objectif est aussi d'aboutir à une meilleure répartition géographique des professionnels médicaux et de favoriser le développement des réseaux de professionnels en santé mentale.

Les conseillers nationaux de l'ordre des infirmiers se sont prononcés, en mars 2010, pour une refonte de l'exercice infirmier en psychiatrie et en santé mentale. En France, aujourd'hui, les infirmiers de secteur psychiatrique ont un rôle majeur dans les politiques de soins et de promotion de la santé mentale. Ils ont une fonction pivot dans la coordination du parcours de soins et du plan de parcours personnalisé des patients.

Le secteur psychiatrique

En France, la circulaire du 15 mars 1960 organise le dispositif psychiatrique public et associatif participant au service public sur la sectorisation psychiatrique. Chaque département est ainsi découpé en secteurs psychiatriques : c'est une répartition géographique.

Fondée sur les notions d'accessibilité et de continuité de soins, la sectorisation vise à promouvoir des prises en charge diversifiées et de proximité en hospitalisation complète, partielle ou en ambulatoire. Ces différentes structures peuvent se situer à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital. Les secteurs psychiatriques prennent en charge les personnes adultes, les enfants les adolescents (psychiatrie infanto-juvénile), et les personnes détenues. Ils regroupent l'essentiel du dispositif public, à l'exception de quelques services de psychiatrie implantés en CHU.

Le conseil départemental de santé mentale

Chaque département dispose d'un conseil départemental de santé mentale, présidé par le préfet. Il est constitué de fonctionnaires de l'État chargés des questions de santé mentale, d'élus (maires et conseillers généraux), de directeurs d'établissements, de médecins psychiatres et libéraux, de représentants des personnels et d'un représentant des familles de malades mentaux. Ce conseil est sollicité pour avis dans la mise en place des secteurs psychiatriques, l'organisation des soins, la planification et l'équipement des établissements du secteur.

À partir de 2011, les Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) devront être informées de toute décision d'admission en soins sans consentement, de tout renouvellement et de toute levée de décision. Si elles sont saisies par les patients, ces commissions devront nécessairement examiner leur situation et le faire à nouveau pour toutes les personnes soignées sous contrainte au-delà d'un an.

Un collège pluridisciplinaire composé de deux psychiatres et d'un cadre de santé est consulté pour la sortie de patients ayant déjà été suivis en unité pour malades difficiles ou réputés « dangereux ». Ces mesures font suite à plusieurs faits divers liés à la sortie de malades suivis en psychiatrie et marquant l'opinion publique.

Les structures

Il existe aujourd'hui plusieurs types de structures hospitalières intervenant dans la prise en charge de la maladie mentale.

Les Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS ou hôpital psychiatrique)

Le centre hospitalier psychiatrique, ainsi que le service de psychiatrie d'un centre hospitalier général (CHG), constituent le pivot du secteur psychiatrique. Ils mettent à la disposition de la population des services et des équipements diversifiés de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et réinsertion sociale. Ces services exercent leur activité non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci.

Les Unités pour malades difficiles (UMD)

Les UMD sont des unités d'hospitalisation non sectorisées qui assurent l'hospitalisation à temps complet des patients dont les troubles psychiatriques présentent pour autrui un danger tel, qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières. Les UMD n'accueillent que des patients placés sous hospitalisation d'office et notamment des patients déclarés pénalement irresponsables en application de l'article 122-1 du Code pénal.

L'hospitalisation de jour

Les hôpitaux de jour assurent des soins polyvalents individualisés et intensifs prodigués durant la journée, le cas échéant à temps partiel.

L'hospitalisation de nuit

Les hôpitaux de nuit organisent des prises en charge thérapeutiques de fin de journée et une surveillance médicale de nuit et, le cas échéant, de fin de semaine. Ces temps correspondent, dans le processus de réinsertion, à des périodes particulières de vulnérabilité et d'angoisse.

L'hospitalisation à domicile

Les services d'hospitalisation à domicile assurent des prises en charge thérapeutiques au domicile du patient, (Visite à domicile ou VAD) associées, si besoin, à des prestations d'entretien nécessitées par son état de dépendance. Il s'agit de soins réguliers, voire quotidiens. Les interventions correspondent à un projet d'équipe. Ces services peuvent être associés à un service d'aide à domicile à vocation somatique, à des systèmes de téléalarme ou de fourniture de repas. Cette action conjuguée de plusieurs services nécessite une coordination entre les différents intervenants.

Les Centres d'accueil de crise (CAC)

Ce sont des centres d'accueil permanents, disposant de quelques lits permettant des prises en charge intensives et de courte durée. Ils répondent à des situations d'urgence et de détresse aiguë. Ils disposent notamment d'une permanence téléphonique reliée avec des organismes d'aide médicale d'urgence et organisent l'accueil, l'orientation et le cas échéant, les soins d'urgence ambulatoires ou à domicile nécessaires. Le CAC a été créé en référence à l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comprenant ou non des disponibilités d'hébergement.

Les centres de postcure

Ce sont des unités destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, la poursuite des soins actifs, ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome.

Les soins sans hospitalisation sont délivrés par des structures en ville, notamment les Centres médico-psychologiques, les centres d'accueil thérapeutique, les appartements communautaires et thérapeutiques, les ateliers thérapeutiques, les unités de psychiatrie de liaison.

■ **Les Centres médico-psychologiques (CMP)** sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile. Le CMP est le premier lieu de référence et d'implantation de l'équipe polyvalente de secteur dans l'arrondissement, la ville, le village ou le canton. C'est à partir de ce pivot que s'organisent toutes les actions ambulatoires, en articulation avec l'hospitalisation. Ce sont des centres gratuits et pluridisciplinaires.

■ **Les centres d'accueil thérapeutique** visent à maintenir ou favoriser une existence autonome du patient, par des actions de soutien et de thérapie de groupe. Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel peut constituer le prolongement de l'activité d'un CMP, fonctionner dans les mêmes locaux et concerner ou non les mêmes patients. Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel effectue un travail principalement orienté vers les relations du patient avec autrui et la reconstruction de son autonomie, au travers des gestes usuels et de divers modes d'expression.

■ **Les appartements communautaires et thérapeutiques** sont des unités de soins, à visée de réinsertion sociale, mises à la disposition de quelques patients nécessitant une présence soignante, pour des durées limitées. Ces structures concernent souvent des malades au passé psychiatrique lourd. Les appartements thérapeutiques sont situés au sein d'un quartier. Plus encore que dans un centre de postcure traditionnel, la vie des patients doit tendre à se rapprocher d'une vie normale.

■ **Les ateliers thérapeutiques** correspondent à une prise en charge spécifique utilisant des techniques de soins particulières (groupes ergothérapiques notamment), en vue de la réaccoutumance à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale. Accueillant des malades adultes, ces ateliers thérapeutiques fonctionnent sous contrôle médical avec des infirmiers, des ergothérapeutes et des professionnels techniciens.

■ **Les unités de psychiatrie de liaison** sont constituées de psychiatres, psychologues et infirmiers de service psychiatrique sous la responsabilité d'un cadre de santé. Elles ont pour rôle central au sein de l'hôpital général, la prise en charge psychiatrique de tout patient hospitalisé. Ces équipes de psychiatrie de liaison réalisent des actes à caractère diagnostique, des actions thérapeutiques spécifiques, des actes impliquant des actions concrètes, travail en réseau pluridisciplinaire, des actions de conseil, à caractère préventif et de recherche en psychopathologie.

LA PERMANENCE DES SOINS

La permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins. La permanence des soins peut être organisée en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante.

Elle correspond à la réalisation de soins de premier recours effectués par des médecins libéraux en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux ou centres de santé.

Selon le Code de la santé publique[2], les principes organisationnels de la permanence des soins instaurent le découpage des départements en secteurs géographiques de permanence qui doivent être adaptés aux spécificités démographiques et géographiques du territoire.

2 Articles R 6315-1, R 6315-2, R 6315-3, R 6315-4, R 6315-5, R 6315-6.

Il a également été créé une fonction dite de régulation, organisée par les centres téléphoniques du Service médical d'aide d'urgence (Samu). Cette fonction est assurée par des médecins « régulateurs » dont la mission est d'apporter la réponse la plus adaptée à toute demande de soins d'un patient. Selon les cas, il peut s'agir d'un conseil, d'une réorientation vers une consultation programmée, d'un recours au professionnel de permanence ou d'un envoi vers des services d'urgences hospitalières.

Enfin, l'organisation territoriale a été confiée aux préfets de départements qui s'appuient sur le Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (Codamups).

Les Maisons médicales de garde (MMG)

- Une MMG se définit comme un lieu, défini et fixe, de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de fermeture des cabinets médicaux et assurant une activité de consultation médicale non programmée.
- Les consultations sans rendez-vous favorisent le désengorgement des urgences.
- Elle répond à un besoin bien identifié et s'inscrit dans l'organisation de la permanence des soins et les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire dans ce domaine.

LES RÉSEAUX DE SANTÉ

Les réseaux ont été officialisés par la circulaire de juin 1991 et par les ordonnances d'avril 1996, puis créés par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Initialement créé par des professionnels médicaux et sociaux de terrain désireux de résoudre de façon interprofessionnelle les difficultés de prise en charge de certaines situations médico-sociales, le réseau constitue, à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté. Ils favorisent la coordination des pratiques médicales, la continuité des soins, la complémentarité de l'offre de soins et contribuent ainsi à améliorer le service rendu aux patients.

Une pathologie complexe peut nécessiter l'intervention de plusieurs professionnels sur l'itinéraire « santé » de la personne.

De taille, d'objectifs et de contenu très divers, on distingue quatre types de réseaux.

- **Les Réseaux d'établissements** constitués entre établissements de santé, ils sont bien formalisés et bénéficient d'une accréditation délivrée par les ARS.
- **Les Réseaux ville-hôpital** constitués entre professionnels de la ville et de l'hôpital, ils ont initialement eu pour objet la prise en charge des personnes atteintes du VIH et des toxicomanes. Ils peuvent concerner d'autres pathologies (cancer, hépatite C, autres maladies chroniques et complexes) et adoptent le plus souvent le statut d'association relevant de la loi du 1er juillet 1901.
- **Les Réseaux de santé de proximité** centrés sur les populations, à l'échelle du quartier ou de la ville, ont développé une activité de santé publique ou communautaire. Ils sont généralement constitués sous la forme associative.

■ **Les Réseaux de soins** sont des réseaux expérimentaux centrés sur le soin et des pathologies très spécifiques. Ils font l'objet d'un agrément ministériel.

Le réseau de soins est un mode de prise en charge médicale et sociale du patient par la coordination des interventions de l'ensemble des acteurs du domaine socio-sanitaire.
Plusieurs thématiques de réseau sont définies :

– Cancérologie ;
– Soins palliatifs/douleur ;
– Diabétologie ;
– Gérontologie ;
– Addictologie ;
– Périnatanlité ;
– Maladies infectieuses...

Les filières et réseaux de soins constituent des modes de prise en charge globale du patient, à la fois médicale et financière.

Exemple

Le réseau ville-hôpital VIH dans le Cher

Mis en place depuis 1998, le réseau VIH Cher est une association Loi 1901 qui regroupe environ 250 professionnels de santé du Cher, libéraux et hospitaliers, et des associations.

Ses actions auprès des professionnels :

• faciliter les échanges entre les professionnels de santé pour le suivi commun des patients en proposant des formations transdisciplinaires permettant d'actualiser ses connaissances ;

• coordonner les acteurs hospitaliers et libéraux lors de la prise en charge des patients ;

• participer à la prise en charge de pathologies lourdes nécessitant une aide médico-psychosociale.

Ses actions auprès des patients :

• assurer des consultations individuelles avec psychologues, diététiciens et travailleurs sociaux ;

• organiser des groupes de parole et réunions d'information ;

• proposer des consultations d'observance avec des infirmiers.

Le patient situé au centre de l'activité du réseau conserve sa liberté de choix et les professionnels gardent la maîtrise de leurs actes.

Ses actions auprès du public :

Organiser des campagnes d'information et de prévention (Sida Info Service).

Exemple en santé publique chez l'enfant

Les acteurs du travail en réseau dans un programme de santé publique sur l'obésité chez l'enfant.

Les bénéficiaires de ce programme sont les enfants en âge scolaire.

Institutions Administrations	Services de santé (hospitaliers, libéraux...)	Associations	Plans, programmes, schémas et dispositifs... Le(s) pilote(s)
• Administrations de l'État • Santé et affaires sociales	• Professionnels de santé (médecins, diététiciens, infirmières, puéricultrices...)	• Associations d'usagers et de patients • Associations de proximité • Réseaux d'échanges réciproques de savoirs • Associations œuvrant en faveur des enfants en situation de handicap	• Programme national nutrition santé (Direction générale de la santé, DGS) • Plan régional de santé publique (PRSP) • Groupement régional de santé publique (GRSP) • Schéma de l'enfance • Schéma du handicap • Conseil général • REAAP : Réseau d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents (Caf) • Programmes de réussite éducative (communes, intercommunalités) • Circulaires Éducation nationale • CESC (Chef d'établissement) • Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté • Projet départemental de l'Éducation nationale • Projet d'école
• Éducation nationale • Établissements scolaires (1er degré) • Service de promotion de la santé en faveur des élèves	• Établissements de santé • Centres hospitaliers généraux publics et privés (service d'endocrinologie, service de pédiatrie...)	• Associations de parents d'élèves • Usep (Union sportive pour enseignement du 1er degré)	
• Direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports (DRDJS)	• Centres d'examens de santé		
• Collectivités territoriales • Communes et intercommunalités • Centre communal d'action sociale (CCAS) • Centre intercommunal d'action sociale (CIAS) • Conseils généraux	• Réseaux de santé • Réseaux de santé : nutrition/obésité et nutrition/diabète • Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique • Réseaux ville-hôpital	• Centre d'animation social • Comité départemental d'éducation pour la santé (Codes)	
• Assurance Maladie • Caisse d'allocation familiale (Caf)	• Comité de liaison en alimentation (Clan)	• Points information famille	
• Mutualité	• Médecine du sport	• Associations familiales	

Exemple en gérontologie

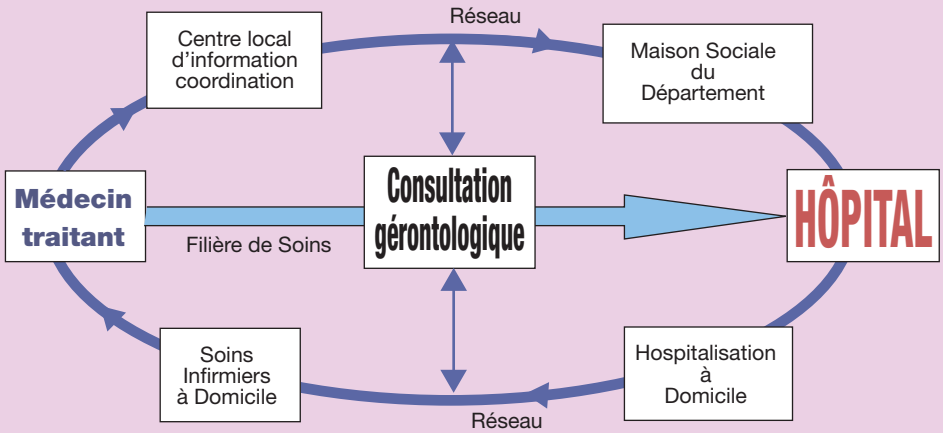


Figure 5.2. Exemple d'un réseau de gérontologie

LES PROFESSIONS DE SANTÉ

La réglementation

Le champ des professionnels de la santé recouvre l'ensemble des professions réglementées par le Code de la santé publique ainsi que les autres intervenants de la production de services de santé, les aides soignantes, les ambulanciers, les agents hospitaliers, les psychologues, les ostéopathes... Au total, ce sont plus de 1 650 000 professionnels en France métropolitaine.

Selon une approche plus juridique, les professions de santé regroupent les seuls professionnels médicaux et paramédicaux dont le droit d'exercice et les actes sont réglementés par une disposition législative ou par un texte pris en application de la loi.

La définition la plus couramment retenue dans les études statistiques correspond à la liste des professionnels du fichier Adeli (Automatisation des listes des professions de santé) tenue par le ministère de la Santé.

Les ordres professionnels

Les professions de la santé sont régulées par des règles professionnelles établies par des ordres professionnels, l'ordre des médecins, l'ordre des pharmaciens, l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et l'ordre des infirmiers.

Les ordres sont des organismes qui ont pour vocation de veiller au respect des principes de moralité, de déontologie et des règles de bonnes pratiques de la profession. Les infirmiers doivent s'inscrire au conseil de l'ordre des infirmiers pour exercer. Une des missions de l'ordre des infirmiers est de recenser le nombre et les secteurs exacts d'activité des infirmiers car ce métier polymorphe recouvre de nombreuses formes d'exercice dans de multiples secteurs : public, privé, libéral, associatif...

Les pratiques professionnelles des médecins sont évaluées par la Haute Autorité de santé lors d'une procédure appelée accréditation. Il s'agit d'une procédure facultative mise en œuvre

sur demande des médecins pour reconnaître la qualité de leurs pratiques professionnelles. Le Haut conseil des professions paramédicales (HCPPM), institué par décret du 15 mai 2007, est une instance de réflexion au niveau du ministère pour les professionnels sur les questions communes à plusieurs professions.

Les métiers à l'hôpital

Les professions médicales regroupent de nombreux métiers : le métier de médecin qui recouvre à lui seul une cinquantaine de spécialités différentes (chirurgien, médecin généraliste, biologiste, gynécologue, etc.), celui de pharmacien et de sage-femme.

- Médecin : au 1er janvier 2009, la densité médicale en activité totale est de 312 médecins pour 100 000 habitants à l'échelle régionale ;
- Pharmacien : le pharmacien est un professionnel de santé à part entière. C'est un acteur important du système de santé non seulement au niveau de la dispensation du médicament et des produits de santé, mais aussi dans le domaine de la prévention, de la biologie médicale, de la recherche, de l'industrie pharmaceutique, de l'enseignement…
- Sage-femme : la sage-femme exerce une profession médicale. Son champ de compétence concerne la maternité : la grossesse, l'accouchement et les suites de couches physiologiques.

Les métiers du soin ou médico-techniques recouvrent plus de 20 professions.

Plus de 800 000 personnes relèvent de ce secteur « paramédical ».

L'Agent des services hospitaliers qualifiés (ASHQ)

Il est chargé de l'entretien et de l'hygiène des locaux de soins et participe aux tâches permettant d'assurer le confort des malades.

L'Aide médico-psychologique (AMP)

Il a pour mission d'aider le résident, la personne handicapée ou âgée dépendante, dans les actes de la vie quotidienne afin qu'il maintienne et développe son autonomie, sous la responsabilité d'un travailleur social ou d'un professionnel paramédical.

L'aide-soignant

L'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier. Il réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser un manque ou une diminution d'autonomie de la personne. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide soignant, en accompagnant cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, contribue à son bien-être.

L'auxiliaire de puériculture

L'auxiliaire de puériculture, en collaboration avec la puéricultrice et sous sa responsabilité, dispense des soins et réalise des activités d'éveil et d'éducation pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de l'enfant. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de l'enfant et prend en compte la dimension relationnelle des soins ainsi que la communication avec la famille dans le cadre du soutien à la parentalité. Elle participe à l'accueil et à l'intégration sociale d'enfants…

Le brancardier

Le brancardier assure l'activité de manutention et de transport des patients entre les différents services d'un établissement.

Le diététicien

Le diététicien apporte sa compétence scientifique et technique pour assurer la qualité des aliments et des préparations alimentaires, l'équilibre nutritionnel, l'établissement de régimes sur prescription médicale et le respect des règles d'hygiène alimentaire.

L'ergothérapeute

L'ergothérapeute contribue au traitement des troubles et des handicaps de nature psychique, somatique ou intellectuelle créant une désadaptation ou une altération de l'identité et vise à la réinsertion des personnes atteintes de ces troubles dans leur travail. L'ergothérapie sollicite les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles des personnes traitées pour leur permettre de maintenir, récupérer ou acquérir la meilleure autonomie individuelle possible.

L'infirmier

Selon le Code de la santé publique, est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.

En conséquence, la formation initiale est elle-même polyvalente et prépare à travailler dans les différents lieux d'exercice, et pas exclusivement dans un poste à l'hôpital public.

Selon les chiffes 2010 de la Dress issus du fichier Adeli, 515754 infirmiers sont en exercice en France.
La densité moyenne d'infirmiers en France métropolitaine est de 803 infirmiers pour 100000 habitants. Source : ordre des infirmiers, 2010.

La coopération entre professionnels de santé

La définition

Les coopérations consistent en des transferts d'activités ou d'actes de soins voire en une réorganisation du mode d'intervention auprès des patients. Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération si celle-ci est de nature à améliorer l'organisation ou la prise en charge des soins, dans un territoire de santé.

La démarche de coopération concerne tous les professionnels de santé, quels que soient le secteur et le cadre d'exercice (salarié public ou privé, libéral, établissements de santé, centres de santé, cabinet libéral, maison de santé pluri professionnelle...).

Après plusieurs phases d'expérimentation menées depuis 2003, l'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, a donné une base légale à la mise en œuvre d'expérimentations de coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre les professions médicales et les autres professions

de santé. Plusieurs expérimentations ont ainsi été réalisées sous l'égide de l'Observatoire de la démographie des professions de santé (ONDPS) présidée par le Pr Berland. Elles ont concerné la prise en charge de patients diabétiques, de patients suivis dans des centres d'hémodialyse, de patients atteints du virus de l'hépatite C ou encore de patients nécessitant une radiothérapie, conformément à des protocoles élaborés à l'initiative et par les professionnels de santé. Ces derniers interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience et disposent d'une garantie assurantielle portant sur le champ du protocole.

Les textes de référence

- L'article 51 de la loi du 21 juillet 2009 vise à étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé en les sortants du cadre expérimental.
- L'arrêté du 31 décembre 2009 précise les pièces nécessaires à l'examen des demandes (demande d'autorisation d'un protocole et demande d'adhésion à un protocole autorisé), les délais d'instruction, les consultations possibles, les retours d'information vers les organisations professionnelles.
- En termes de procédure, la démarche de coopération s'inscrit dans le cadre de protocoles soumis à l'ARS. Ceux-ci doivent préciser l'objet et la nature de la coopération, le lieu d'exercice et le champ d'intervention des professionnels concernés

À titre d'illustration, dans le cadre du suivi à domicile d'un patient atteint de pathologie cancéreuse, une infirmière pourra :
- évaluer les données cliniques et biologiques du patient ;
- adapter les prescriptions si besoin, par exemple reporter une cure de chimiothérapie ;
- adresser le patient à l'hôpital en cas de dégradation de l'état clinique du patient.

Les enjeux

Plusieurs constats mettent en lumière la nécessité de développer les coopérations entre les professionnels de santé pour mieux faire face aux défis[3] que doit relever la politique de santé. Il s'agit de répondre :

- aux besoins liés aux polypathologies dans un contexte de vieillissement de la population ;
- à l'évolution défavorable de la démographie médicale, accentuée par les disparités de répartition territoriale ;
- aux progrès technologiques, médicaux qui facilitent l'émergence de nouveaux partages de compétence entre professionnels de santé ;
- à la nécessité d'assurer l'efficience des prises en charge au regard des difficultés croissantes de financement des dépenses de santé ;
- à l'aspiration des professionnels à faire évoluer leurs activités et leurs compétences tout au long de croissants de prise en charge sanitaire liés au développement des maladies chroniques et de leur vie.

3 Source : Coopération entre professionnels de santé, *Fiches pédagogiques HPST*, ministère de la Santé et des Sports.

S'ENTRAINER

VÉRIFIER SES CONNAISSANCES

1 Identifier l'intitulé de chacun de ces organismes.

Structure	Intitulé
CMP	
CMPP	
CAMSP	
CATTP	
CLIS	
CAT	
FAM	
SESSAD	
MDPH	
IME	

2

A. Énoncer les 4 composantes du système de santé.

B. Énoncer les caractéristiques de l'offre de soins.

C. Indiquer la part respective du secteur public et du secteur privé.

D. Compléter le texte lacunaire ci-dessous.

Les établissements publics de santé sont .....de droit public. Ils assurent une mission de .....et sont soumis .....de l'État. Le plus souvent rattachés à une commune, ils jouissent d'une certaine autonomie de gestion.

Considérée comme une autre forme d'hospitalisation, ...est une alternative à l'hospitalisation prolongée. Un médecin peut prescrire, pour un adulte ou un enfant, une HAD afin d'assurer.....du patient tous les soins ..... et..... nécessaires. Ce dispositif est soumis à conditions. Il fait suite à ....., une .....ou peut être une proposition du médecin traitant après accord du médecin coordonnateur de l'HAD.

L'admission est prononcée sur la base d'un projet....., après détermination des soins nécessaires et évaluation de la .....de la prise en charge au domicile. Le médecin coordonnateur de l'HAD émet un avis favorable. Le médecin de ville assure .....du malade au..... Les relations avec les différents services de l'hôpital (consultations, traitements, transports) sont assurées par les infirmières de coordination présentes dans tous les hôpitaux de court séjour. L'infirmière de coordination évalue .....au domicile, assistée du service social de l'HAD. L'HAD prend en charge tous les....., les....., ainsi que la location de tout le matériel nécessaire. Le service d'HAD assure ..... jours sur .....et ..... heures sur..... la .....de soins, équivalents à ceux dispensés dans un hôpital. Le....., librement choisi par le malade, assure la surveillance des soins pris en charge par l'équipe pluridisciplinaire de l'HAD. Les modalités de .....sont identiques à celles des hôpitaux publics et soumises aux mêmes conditions administratives et financières (en dehors du forfait journalier).

E. Indiquer, en les précisant, les missions de l'hôpital public.

F. Citer les différentes catégories d'établissements.

G. Citez les dispositions réglementaires qui régissent les infirmières libérales.

H. Distinguer les quatre types de réseaux.

I. Compléter le texte lacunaire ci-dessous.

En France, on estime que % de la population souffre, à des degrés divers, de problèmes de santé mentale et que % des décès sont dus aux maladies mentales. Leur pourcentage reste stable dans la population (environ % de schizophrénies et % de dépressions), mais chaque année, personnes mettent fin à leurs jours. Le suicide est la cause de mortalité chez les adolescents et la chez les 25-35 ans.

J. Définir les coopérations.

CORRIGÉS

VÉRIFIER SES CONNAISSANCES

1

Structure	Intitulé
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CLIS	Classe d'intégration scolaire
CAT	Centre d'aide par le travail
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
SESSAD	Service éducatif et de soins à domicile
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
IME	Institut médico-éducatif

2

A. Les quatre composantes majeures sont : l'offre de soins, le financement, la demande de soins et les éléments de liaisons qui assurent par l'intermédiaire des interfaces, le fonctionnement de l'ensemble.

B. L'offre de soins est caractérisée par la coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé à but lucratif et non lucratif. Des dispositifs qui répondent à la demande de soins, préventifs ou curatifs. Ainsi, ils peuvent concerner les personnes malades (cas le plus fréquent) mais aussi en santé dans le cadre de la prévention.

C. Le secteur public représente 65 % des lits et le secteur privé 35 %.

D. Les établissements publics de santé sont **des personnes morales** de droit public. Ils assurent une mission de **service public** et sont soumis **au contrôle** de l'État. Le plus souvent rattachés à une commune, ils jouissent d'une certaine autonomie de gestion.
Considérée comme une autre forme d'hospitalisation, **l'HAD** est une alternative à l'hospitalisation prolongée. Un médecin peut prescrire, pour un adulte ou un enfant, une HAD afin d'assurer **au domicile** du patient tous les soins **médicaux** et **paramédicaux** nécessaires. Ce dispositif est soumis à conditions. Il fait suite à une **consultation hospitalière**, une **hospitalisation** ou peut être une proposition du médecin traitant après accord du médecin coordonnateur de l'HAD.
L'admission est prononcée sur la base d'un projet **thérapeutique**, après détermination des soins nécessaires et évaluation de **la faisabilité** de la prise en charge **au domicile**. Le médecin coordonnateur de l'HAD émet un avis favorable. Le médecin de ville assure **le suivi** du malade au **domicile**. Les relations avec les différents services de l'hôpital (consultations, traitements, transports) sont assurées par les infirmières de coordination présentes dans tous les hôpitaux de court séjour. L'infirmière de coordination évalue la **faisabilité du retour** au domicile, assistée du service social de l'HAD. L'HAD prend en charge tous **les actes médicaux, la fourniture des médicaments**, ainsi que la location de tout le matériel nécessaire. Le service d'HAD assure **7** jours sur **7** et **24** h/**24**, la **continuité** de soins, équivalents à ceux dispensés dans un hôpital. Le **médecin traitant**, librement choisi par le malade, assure la surveillance des soins pris en charge par l'équipe pluridisciplinaire de l'HAD. Les modalités **de prise en charge** sont identiques à celles des hôpitaux publics et soumises aux mêmes conditions administratives et financières (en dehors du forfait journalier).

E. Missions de l'hôpital public
Une des missions essentielles est la continuité des soins. Les soins doivent être assurés par le service public hospitalier 24 h/24, 365 jours sur 365 et concourir à la prise en charge de l'urgence, assurer la permanence des soins aux patients et éventuellement d'assurer leur admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier.
La prévention
L'hôpital est le lieu essentiel de détection des problèmes de santé, en particulier par le biais des urgences. Il s'inscrit aujourd'hui de plus en plus dans des logiques de réseau avec les autres acteurs sanitaires de son territoire de santé.
L'enseignement universitaire et postuniversitaire
La formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical est réaffirmée dans la loi de 2009.
La recherche
L'hôpital est un lieu de recherche clinique et une importante source d'innovations médicales et pharmaceutiques.

F. Les Centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU).
Les Centres hospitaliers (CH).
Les Hôpitaux d'instruction des armées (HIA).
L'Hospitalisation à domicile (HAD).

Les établissements hospitaliers privés à but non lucratif.
Les Centres de lutte contre le cancer (CLCC).
Les établissements à but lucratif.

G. Les activités des infirmières libérales sont encadrées par deux dispositions réglementaires : la Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmières et les caisses d'Assurance Maladie et la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

H. Les Réseaux d'établissements constitués entre établissements de santé.
Les Réseaux ville-hôpital constitués entre professionnels de la ville et de l'hôpital concernent différentes pathologies (Sida, cancer, hépatite C, autres maladies chroniques et complexes) et adoptent le plus souvent le statut d'association relevant de la loi du 1er juillet 1901.
Les Réseaux de santé de proximité centrés sur les populations, à l'échelle du quartier ou de la ville. Ces réseaux ont développé une activité de santé publique ou de santé communautaire. Ils sont généralement constitués sous la forme associative.

Les réseaux de soins sont des réseaux expérimentaux centrés sur le soin et des pathologies très spécifiques. Ils doivent faire l'objet d'un agrément ministériel.

I. En France, on estime que **15 %** de la population souffre, à des degrés divers, de problèmes de santé mentale et que **3 %** des décès sont dus aux maladies mentales. Leur pourcentage reste stable dans la population (environ **1 %** de schizophrénies et **15 %** de dépressions), mais chaque année, **12 000** personnes mettent fin à leurs jours. Le suicide est la **deuxième** cause de mortalité chez les adolescents et la **première** chez les 25-35 ans.

J. Les coopérations consistent en des transferts d'activités ou d'actes de soins voire en une réorganisation du mode d'intervention auprès des patients. Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération si celle-ci est de nature à améliorer l'organisation ou la prise en charge des soins, dans un territoire de santé.
La démarche de coopération concerne tous les professionnels de santé, quels que soient le secteur et le cadre d'exercice (salarié public ou privé, libéral, établissements de santé, centres de santé, cabinet libéral, maison de santé pluri professionnelle…).

6 La santé dans le monde

COMPRENDRE

La mondialisation de la dernière décennie a eu des conséquences sur les populations qui manifestent de plus en plus d'impatience face à l'incapacité des systèmes de santé à assurer une réponse satisfaisante à leur besoin de santé. On reconnaît aujourd'hui que des populations ont été laissées à la traîne et le sentiment prévaut que des occasions ont été manquées. Le dernier rapport de l'OMS sur la santé dans le monde en 2009 indique cependant que des améliorations, certes insuffisantes, existent et propose de nouvelles pistes à partir du constat réalisé.

LES PROBLÈMES DE SANTÉ DANS LE MONDE

Selon le dernier rapport de l'OMS, les populations sont en meilleure santé, plus prospères et vivent plus longtemps qu'il y a 30 ans. Cependant, de grands fléaux subsistent ou émergent.

- **La mortalité infantile** est en baisse malgré les 9,5 millions de décès d'enfants dans le monde en 2006. Le paludisme fait plus d'un million de victimes par an. Il est la première cause de mortalité des enfants dans les pays en développement (**PED**).

- Selon les données publiées par l'Onusida en 2009, le nombre des nouvelles infections par le **VIH** a diminué de 17 % ces huit dernières années. Malgré ces chiffres encourageants, encore 33,4 millions de personnes sont malades du Sida, 90 % vivent dans les PED. Dans certains pays, toute la population âgée de 15 à 49 ans est menacée par cette maladie. La question centrale reste l'accès aux médicaments. Les thérapies antirétrovirales ont aussi eu un effet significatif pour la prévention des nouvelles infections chez l'enfant, davantage de mères séropositives ayant désormais accès au traitement qui leur évite de transmettre le virus à leurs enfants.

- **La tuberculose** reste une maladie particulièrement mortelle dans les pays en développement. Lorsqu'elle est associée au Sida, sa résistance est accrue et son traitement très difficile. En plus des conséquences sur la vie des malades et de leurs familles, ces maladies ont un impact considérable sur l'économie et le développement : elles affaiblissent la population active, mobilisent les ressources des ménages et des états pour les soins aux malades et la prise en charge des orphelins.

- Le monde se trouve de plus en plus exposé au risque de flambées d'**épidémies**, d'accidents, de catastrophes naturelles et d'autres urgences sanitaires qui peuvent rapidement menacer la sécurité sanitaire mondiale. L'apparition de **crises sanitaires** (Sras, canicule, grippe H1N1…)

favorisées par l'intensification des échanges entre pays, met en lumière la complexité de la mise en place de dispositifs et amplifie le fossé entre pays riches et pays pauvres.

- Les coûts et les effets des **changements climatiques** sur la santé publique se font de plus en plus sentir : en 2008, les 193 États membres de l'Assemblée mondiale de la santé ont approuvé une résolution pour protéger la santé des populations de l'effet du réchauffement planétaire. Les pays pauvres seront les premières victimes des problèmes environnementaux. Sous l'effet des changements climatiques, d'ici 2080, 1,8 milliard de personnes de plus risquent de connaître des pénuries d'eau.
- Le **vieillissement** et les effets d'une urbanisation accroissent la charge de maladies chroniques et non transmissibles. Les **maladies mentales** représentent plus de 15 % du fardeau des maladies.
- **L'économie de la santé** mondiale croît, les connaissances et les technologies en matière de santé augmentent rapidement, des améliorations significatives sont intervenues en matière d'accès à l'eau, d'assainissement et de soins prénataux. Mais les systèmes de santé ne sont pas épargnés par le rythme rapide des changements et la crise économique qui constituent un élément essentiel de la **mondialisation** actuelle, avec pour conséquences des inégalités considérables entre les pays et à l'intérieur d'eux. Faute d'offre de soins performante, les pays pauvres demeurent confrontés à des fléaux depuis longtemps vaincus dans les pays du Nord. En 20 ans, les pays les moins avancés (PMA) sont passés de 25 à 49.

L'EUROPE DE LA SANTÉ

La politique de santé

La première politique de santé publique européenne date des années 1990 avec la signature en 1992 du traité de Maastricht et en 1997 du traité d'Amsterdam. Ces accords introduisent une politique sanitaire communautaire pour renforcer la prévention des maladies et la protection de la santé. À partir des années 2000, le traité de Nice signe l'apparition des premiers programmes de santé publique européens. Ces programmes se heurtent néanmoins à certaines difficultés liées à l'absence d'harmonisation des indicateurs de santé, à la primauté des États membres, à la diversité des organisations sanitaires des différents États, et ce d'autant plus que les systèmes de santé et les prestations de soins varient fortement d'un pays à l'autre. Si la grande majorité des patients européens préfèrent se faire soigner dans leur propre pays, de plus en plus de professionnels de santé et de patients n'hésitent plus à franchir les frontières. De ce fait, une stratégie européenne concertée est actuellement élaborée pour faciliter plus avant la circulation des patients et des professionnels, simplifier les procédures et améliorer l'accès aux soins transfrontaliers et leur qualité.

L'état de santé de la population en Europe

Tandis que la santé globale des Européens s'améliore, les inégalités de santé augmentent. Il existe une corrélation systématique entre le niveau social et la santé, creusant ainsi le fossé : en France, par exemple, les hommes les plus défavorisés meurent 5 ans plus tôt que ceux ayant un niveau socio-économique plus élevé. La pauvreté, l'appartenance à un milieu défavorisé et les conditions de vie, d'étude et de travail précaires ont des effets délétères sur la santé de nombreux jeunes. En Europe, l'espérance de vie des hommes est en moyenne infé-

rieure de 6 ans à celle des femmes. Bien que les femmes vivent plus longtemps, leur situation n'est pas la même face à la maladie, à l'exposition aux déterminants de santé et à l'accès aux services de santé. Des chiffres similaires se retrouvent dans tous les États membres de l'Union européenne (UE).

Les maladies cardiovasculaires et le cancer constituent les principales causes de décès en Europe, autant chez l'homme que chez la femme. Chaque année, 3,2 millions de nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués, il s'agit principalement du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du poumon. On assiste à une haute prévalence de maladies non transmissibles telles que le diabète, l'obésité et les troubles musculo-squelettiques qui peuvent être attribués à l'interaction de différents facteurs génétiques, environnementaux, et surtout ceux liés au mode de vie.

D'ici 2050, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans et celui des plus de 80 ans devraient avoir augmenté respectivement de 70 % et 170 % dans l'Union européenne. Les personnes handicapées représentent aujourd'hui plus de 15 % de la population de l'UE.

La santé des jeunes de l'UE est dans l'ensemble meilleure qu'elle ne l'a jamais été, cependant, de nombreux points noirs subsistent : le stress, l'alcoolisme, le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires, le manque d'activité physique, les accidents et les infections sexuellement transmissibles.

L'un des grands défis du XXIe siècle sera de répondre à la demande accrue de soins de santé et d'adapter les systèmes de santé aux besoins d'une population vieillissante, tout en assurant la pérennité de ces systèmes dans une société où la population active diminue.

La lutte contre les inégalités en matière de santé constitue le cheval de bataille de la Commission européenne[1]. Pour ce faire, elle a adopté une stratégie : « Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE-2008-2013 » en vue de répondre à trois objectifs généraux qui aligneront plus étroitement les actions dans le domaine de la santé :

- l'amélioration de la sécurité sanitaire des citoyens ;
- la promotion de la santé pour renforcer la prospérité et la solidarité ;
- la production et la diffusion des connaissances en matière de santé.

LES ORGANISATIONS INTERNATIONALES ET L'OMS

En septembre 2000, 189 nations se sont engagées dans la Déclaration du millénaire des Nations unies pour les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Cette déclaration s'engage à réduire de moitié d'ici à 2015 le nombre d'individus vivant avec moins d'un dollar par jour. Cet engagement implique également la nécessité de trouver des solutions aux problèmes de la faim, de la malnutrition et de la maladie, à promouvoir l'égalité entre les sexes et le rôle de la femme dans la société, à garantir l'éducation de base pour tous et à soutenir les principes de développement durable. Un soutien direct de la part des nations les plus riches, sous forme d'aide, d'échanges commerciaux, d'allègement de la dette et d'investissements doit être fourni pour aider toutes les nations à se développer.

1 Source : Commission européenne, 2009.

Les organisations internationales

Les organismes internationaux participent à l'aide aux États dans une perspective de redistribution des richesses et d'aide au développement. L'Union européenne est le principal pourvoyeur d'aide au monde (56,67 %, soit 46,9 Mrd € en 2006). La France est le quatrième pays donateur mondial, en volume ; la part de son Revenu national brut consacrée à l'Aide publique au développement (APD) est de 0,39 % en 2008. L'Agence française de développement (AFD), établissement public de l'État et institution financière spécialisée, conduit la politique d'Aide publique au développement (APD) de la France.

L'Organisation internationale des Nations unies

L'Onu a été fondée en 1945 et regroupe 192 États membres déterminés à maintenir la paix et la sécurité internationale, à développer des relations amicales entre les nations, à promouvoir le progrès social, à instaurer de meilleures conditions de vie et à accroître le respect des droits de l'homme. Elle regroupe de nombreuses institutions spécialisées, dont certaines sont décisives dans le domaine de la santé.

- L'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) : elle gère le développement et la surveillance des ressources alimentaires.
- Le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale : ils sont en charge des équilibres monétaires mondiaux, aident les pays membres par des prêts selon des critères précis et sous conditions.
- L'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (Unesco) : elle a une action plus orientée sur la préservation du patrimoine et la promotion de l'éducation.
- L'Organisation mondiale de la santé (OMS) : voir paragraphe suivant.
- Le Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR) : il a en charge des problèmes de réfugiés.

L'Onu mobilise des programmes et des fonds répondant à des objectifs précis (santé de l'enfant et de la femme, lutte contre le Sida, lutte contre la malnutrition) :

- le Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef) ;
- le Programme des Nations unies pour le développement (Pnud) ;
- le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) ;
- le Programme alimentaire mondial (Pam) ;
- le programme Onusida ;
- l'Unitaid qui est une facilité internationale d'achat de médicaments. Unitaid achète les médicaments et les moyens de diagnostic nécessaires. Le budget repose sur un financement original : d'un côté, des pays donateurs ainsi que la fondation Gates apportent des contributions budgétaires réparties sur plusieurs années. De l'autre, près de la moitié des fonds disponibles provient d'une contribution de solidarité prélevée sur les billets d'avion.

L'OMS

Fondée en 1948, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est l'institution internationale du système des Nations unies spécialisée dans la santé. L'OMS compte 193 États membres qui se réunissent chaque année lors de l'Assemblée mondiale de la santé à Genève, siège de l'OMS,

pour décider de sa politique. L'OMS est décentralisée en 6 bureaux régionaux et 147 bureaux de pays.

L'OMS est chargée de diriger l'action sanitaire mondiale, de définir les programmes de recherche en santé, de fixer des normes et des critères, de présenter des options politiques fondées sur des données probantes, de fournir un soutien technique aux pays et de suivre et d'apprécier les tendances en matière de santé publique. Les experts de l'OMS donnent des éléments d'orientation, établissent des normes sanitaires et aident les pays à faire face aux problèmes de santé publique. Elle s'est dotée d'un instrument juridique, le Règlement sanitaire international (RSI). Il a pour but d'aider la communauté internationale à éviter les risques aigus pour la santé publique de se propager au-delà des frontières et de constituer une menace dans le monde. Le règlement propose les mesures qui s'imposent. Le RSI, entré en vigueur le 15 juin 2007, prévoit que les pays notifient à l'OMS certaines flambées de maladies et certains événements de santé publique.

L'OMS est la seule organisation au monde à avoir un pouvoir réglementaire qui s'impose à tous les états.

Paru pour la première fois en 1995, le *Rapport sur la santé dans le monde* est la publication phare de l'OMS qui initie chaque année une Journée mondiale de la Santé.

LES CHARTES

Depuis 30 ans, des stratégies se succèdent afin d'améliorer la santé de tous les peuples du monde et de réduire les inégalités de santé entre les pays, selon les principes de la constitution de l'OMS : *La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États*.

Le 12 septembre 1978, la conférence d'Alma-Ata, sous l'égide de l'OMS et du fond des Nations unies pour l'enfance, se termine en lançant un appel aux gouvernements pour qu'ils s'engagent à développer *la santé pour tous en l'an 2000*. La déclaration indiquait que la santé permet l'accès à un niveau social satisfaisant, contribuant ainsi à un meilleur développement économique des pays. Un document intitulé *Les buts de la santé pour tous*[2] sert alors de repère pour tous les acteurs de la santé afin de guider leur pratique. Le concept de Soins de santé primaire (SSP) apparaît.

En novembre 1986, une conférence internationale pour la promotion de la santé se réunissait à Ottawa, prenant pour base de départ les progrès accomplis depuis la déclaration d'Alma-Ata. Cette conférence donna lieu à la rédaction de la charte d'Ottawa.

La charte d'Ottawa établit les principes fondamentaux de la promotion de la santé, qui cherche à établir les principaux facteurs de la santé, les « déterminants », et à influer positivement sur eux. Il s'agit de facteurs économiques et sociaux, revenus, éducation, profession, conditions de travail, état mental, etc., qui déterminent l'état de santé et qui ont une influence sur des facteurs de risque comme le tabagisme, la consommation d'alcool, les habitudes alimentaires ou l'inactivité physique.

2 Voir les 18 buts de la santé pour tous sur le site Internet www.who.int

La promotion de la santé repose sur ce droit de l'homme essentiel et offre un concept positif et complet de santé comme déterminant de la qualité de la vie, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel.

Les expériences menées ne sont pas concluantes : les demandes en soins de santé augmentent, l'efficacité des services diminue et les soins de santé primaire ne sont pas adaptés au contexte de la crise économique mondiale. Les crédits affectés à la santé dans les pays en développement ont été diminués en raison du poids de la dette et du faible taux de croissance économique. Il en résulte un manque cruel de médicaments, une détérioration des structures sanitaires, un personnel qualifié démotivé qui migre vers les pays riches, une mauvaise image du système de santé dans les communautés.

En 1987, les ministres africains, réunis sous l'égide de l'OMS et de l'Unicef, lancent le grand défi de l'Initiative de Bamako : revitaliser les systèmes de santé pour une extension du réseau de SSP, favoriser le développement de médicaments essentiels génériques, la mise en place d'un financement communautaire et instaurer un contrôle de la gestion par la communauté. La conférence d'Harare remet en valeur le rôle de l'hôpital dans le système de santé qui redevient l'appui des SSP.

En août 2005, en Thaïlande, la charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation est adoptée.

La charte de Bangkok tend à intégrer divers changements planétaires : l'entrée et l'usage de l'informatique dans notre quotidien, la participation grandissante du secteur privé dans la plupart des champs de nos vies dont celui de la santé publique et un certain désengagement de l'État, une approche qui met de plus en plus l'emphase sur l'idée de rentabilité. Elle est supposée donner une nouvelle orientation à la promotion de la santé en réclamant une plus grande cohérence entre les divers acteurs de la santé que sont : les gouvernements, les organisations internationales, la société civile et le secteur privé dans le cadre de quatre engagements fondamentaux :

- agir sur les déterminants de la santé ;
- développer des stratégies d'interventions qui tiennent compte du contexte de mondialisation ;
- s'engager en faveur de la santé pour tous ;
- s'engager mondialement en faveur du changement.

LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Ce terme désigne des organisations privées, souvent issues de mouvements laïcs, religieux ou de corporations (vétérinaires, agronomes, médecins, journalistes). Ces organisations agissent pour des causes sociales par la mobilisation militante et citoyenne. Elle représente la société civile. Sur le plan juridique, ce sont des organisations privées sous statut association loi 1901, donc sans but lucratif. Leur autonomie financière vis-à-vis des États et des politiques leur permet une certaine indépendance. L'implication des ONG dans les situations où les droits de l'homme ne sont pas respectés à été à l'origine des débats sur le droit d'ingérence. Afin de garantir une certaine éthique, les ONG sont soumises à différents types de contrôle de l'utilisation des fonds qui leur sont versés – vérification d'éligibilité, audits financiers, évaluation de projets. La crois-

sance du nombre d'ONG, plus de 43 000, pose le problème de la cohérence des actions et de leur pertinence, comme en témoigne l'affaire de l'Arche de Zoé en 2008[3].

Présentation des Organisations non gouvernementales (ONG)

Deux types d'organisations non gouvernementales coexistent.

- **Les ONG de développement** (Action contre la faim, Médecins du Monde…) travaillent sur le long terme avec des équipes locales sur place, en appui aux organisations partenaires (associations, collectivités, syndicats, etc.). Ces partenariats ont pour objet la mise en œuvre de projet de développement dans les pays connaissant des situations de pauvreté structurelle.
- **Les ONG d'urgence** (Médecins sans Frontières, Solidarités, Pompiers sans Frontières…) interviennent en situation de crise : catastrophes naturelles, guerres, épidémies. Ce sont des missions de courte durée qui nécessitent de déployer très vite des moyens importants : envoi de matériel et de personnel dans un domaine de compétence bien précis (médical, assainissement…).

Les ONG forment un ensemble très vaste et d'une extrême diversité en ce qui concerne l**eur taille,** leur capacité financière et technique, **leur lien avec le terrain, leur type d'intervention**, **leurs façons d'appréhender les problèmes** ou leurs zones d'intervention. Certaines pensent qu'il faut agir même à petite échelle, d'autres estiment que c'est ici qu'il faut agir, que c'est aux causes qu'il faut s'attaquer, en cherchant à modifier profondément les rapports Nord/Sud. Parmi elles, certaines sont spécialisées dans l'organisation de campagnes de pression sur les décideurs politiques et économiques.

Exemple : Médecins sans Frontières (MSF) est une association médicale humanitaire internationale créée en 1971 à Paris par des médecins et des journalistes. Elle délivre des secours en toute indépendance et impartialité et se réserve le droit de s'exprimer publiquement sur les situations dont ses équipes peuvent être témoins. MSF a reçu le prix Nobel de la Paix en 1999.

MSF apporte une assistance médicale à des populations aux prises avec des crises menaçant leur survie : principalement en cas de conflits armés, mais aussi d'épidémies, de pandémies, de catastrophes naturelles ou encore d'exclusion des soins. Devenue un mouvement international, cette organisation regroupe 19 associations, chacune placée sous la responsabilité d'un conseil d'administration élu par ses membres lors d'une assemblée générale annuelle. Grâce à ce large réseau, MSF dispose d'importants moyens financiers, humains et logistiques. Indépendante de tous pouvoirs politiques, religieux ou militaires, MSF agit en toute impartialité, après évaluation des besoins médicaux des populations. La garantie de l'indépendance de l'association s'enracine dans son financement, assuré à plus de 80 % par la générosité de donateurs privés. Au travers de la campagne d'accès aux médicaments essentiels et, depuis quelques années, de celle contre les maladies tropicales (DNDI), ses actions ont contribué à la baisse du prix des traitements contre le Sida, et à la relance de la recherche et du développement de médicaments pour traiter des maladies négligées comme la maladie du sommeil.

3 Commission européenne, 2009.

Les infirmières et les ONG

Partir avec une ONG ne s'improvise pas, car, en plus de ses compétences professionnelles, chaque volontaire doit pouvoir réfléchir à son engagement personnel, sa pratique et sa façon d'être. Motivation, capacité d'adaptation et de travail en équipe, réactivité, curiosité, envie de découvrir d'autres cultures et respect des personnes en toutes circonstances sont autant de qualités nécessaires pour partir avec une ONG. Généralement, le recrutement nécessite :

- d'avoir 2 ans d'expérience professionnelle ;
- d'être capable d'encadrer une équipe de plusieurs personnes ;
- d'avoir une expérience de formation ;
- de maîtriser l'anglais et une seconde langue ;
- d'être disponibles 6 mois minimum ;
- seules les équipes chirurgicales (infirmiers de bloc et anesthésistes) ont la possibilité de s'engager sur des périodes plus courtes allant de 15 jours à 3 mois.

Les activités principales

Les infirmières sont amenées à :

- organiser les soins dans les dispensaires ou les hôpitaux ;
- réaliser des campagnes de vaccination ;
- gérer des centres de nutrition ;
- participer à l'organisation et au planning des activités médicales de l'hôpital ;
- superviser les activités des infirmiers locaux ;
- veiller à l'utilisation rationnelle des médicaments et à l'administration correcte du traitement ;
- s'assurer de la bonne gestion du stock de la pharmacie de l'hôpital ;
- prendre en charge les commandes internationales de médicament et de matériel médical ;
- veiller au respect des procédures d'hygiène ;
- participer aux tours de garde de l'équipe médicale (24/24, 7/7 jours) ;
- identifier les besoins en formation des infirmiers locaux et/ou autres travailleurs de la santé.

L'ACTION HUMANITAIRE

Les débuts de l'humanitaire peuvent se situer avec l'action d'Henri Dunant, créateur de la Croix-Rouge, sur les champs de bataille : soigner les blessés, protéger les prisonniers quel que soit leur camp. Point de départ nécessairement apolitique, puisque l'humanitaire ne pouvait se mêler de politique pour avoir accès aux blessés. La deuxième vague d'humanitaires est issue d'une fronde de médecins œuvrant pour la Croix-Rouge au Biafra qui n'acceptaient pas de soigner en silence, sans dénoncer les crimes se déroulant sous leurs yeux. Ainsi apparurent des mouvements d'Urgence sans Frontières : l'humanitaire s'applique à toutes les situations dites d'urgence et de catastrophe.

Le terme « humanitaire » regroupe donc des réalités très différentes. Il comprend également diverses formes d'appui au développement, au service des populations les plus vul-

nérables (au Nord comme au Sud), comme l'action caritative de l'Abbé Pierre auprès des plus démunis. Les acteurs français de l'humanitaire préfèrent donc en général l'appellation « associations de solidarité ». Ainsi, la solidarité internationale est beaucoup plus importante et variée que la seule action « humanitaire ».

L'aide humanitaire est guidée par les principes fondamentaux d'humanité, d'impartialité, d'indépendance et de neutralité ainsi que par ceux définis par le Droit international humanitaire (convention de Genève). Selon Rony Brauman, ancien président de MSF, *l'action humanitaire est celle qui vise à préserver la vie dans le respect de la dignité, à restaurer l'homme dans ces capacités de choix*. Aujourd'hui, devant la complexité des situations, l'action humanitaire essaie de suivre ses valeurs : contrat moral avec les populations, compétences, obligation de qualité, partenariat, partage des savoirs et des savoir-faire.

LES PRINCIPES ET MÉTHODES D'UNE ACTION HUMANITAIRE : LE DIAGNOSTIC DE SANTÉ

Les particularités de l'approche en action humanitaire

Comme toute démarche de projet en santé publique, l'action humanitaire vise à identifier et à analyser les problèmes de santé d'une population pour aboutir à la planification, la réalisation et l'évaluation de l'action de santé.

Ce qui la caractérise, c'est le contexte. Il prend ici une dimension essentielle : il faut intégrer l'analyse des déterminants de santé pour comprendre les problèmes collectifs exprimés par la population, ce qui peut être délicat en situation d'intervention d'urgence. Les contextes d'urgence, de conflit, de catastrophe nécessitent une réactivité certaine en matière de premiers soins et d'aide alimentaire. De plus, la participation de la population se situe à toutes les étapes du processus. La notion de problèmes collectifs de santé ramène ces problèmes à la dimension d'une population ou d'un groupe.

Pour être efficace, l'action humanitaire doit intégrer différents paramètres et mener certaines actions qui leur sont liées.

Les domaines à prendre en compte

La dimension juridique et politique

Elle nécessite de comprendre le droit d'un pays, son évolution religieuse, historique, sociopolitique.

La conception du droit n'est pas la même en Asie, en Afrique et en Occident. Parfois, les rites ou les coutumes sont plus importants que les règles juridiques.

Actions : négocier avec les responsables politiques, prendre connaissance des projets en cours ou à venir, rencontrer les partenaires et établir une convention de coopération.

La dimension administrative

Elle correspond à l'organisation administrative ou politique du pays dans lequel on intervient. Elle doit être entendue au sens large du terme car elle peut concerner aussi bien les chefs de village que les *leaders* d'une communauté, les associations de femmes, les rites et les coutumes d'un pays, les représentations de la santé ou de la maladie. Elle doit être prise en compte à chaque étape du développement du projet.

Actions : discuter avec les professionnels locaux, repérer leurs besoins, qui ne correspondent pas forcément à leurs demandes (et *vice versa*), hiérarchiser les priorités grâce à leurs connaissances.

La dimension gestion et financement d'une action humanitaire

Elle consiste dans l'identification des moyens nécessaires pour structurer financièrement l'action humanitaire envisagée (subventions, dons, mécénat).

Actions : se coordonner sur le sujet avec les autres associations intervenant dans les mêmes domaines ou les mêmes régions géographiques.

La dimension socioculturelle

Elle concerne la culture des personnes, leur environnement géographique et socio-économique, l'insertion dans le groupe, la place de l'usager ou du citoyen dans la société.

Actions : observer ce qui se passe sur place : les conditions de travail, la vie des populations, les habitudes culturelles et repérer l'existence des outils utilisables.

Exemple : Quand le droit traditionnel s'impose[4]

Au Maroc, le Dra est une rivière importante pour la production agricole du Sud. Régulièrement confrontées au manque d'eau, les communautés agricoles de la région ont mis en place depuis des siècles un système de tours permettant une gestion équitable de la répartition de l'eau. Quand surgit un conflit se rapportant à l'eau, on fait appel au « dépositaire du tour d'eau » chargé de régler les changements de tours. Dans les conflits entre communautés agricoles, il existe plusieurs modes de résolution comme l'appel au sacrifice (la communauté qui demande de l'eau sacrifie un mouton pour l'autre communauté) ou encore l'appel à un intermédiaire : une autorité religieuse, un sage, intercède auprès de la communauté à laquelle on demande de « lâcher de l'eau ». Le recours aux tribunaux est d'autant plus rare que ceux-ci renvoient la plupart du temps les plaignants devant la communauté, pour faire appliquer le droit coutumier.

Les étapes[5]

Étape 1 : le diagnostic

Il s'agit de l'analyse de l'ensemble des déterminants qui influencent l'état de santé des populations. Les problèmes collectifs de santé correspondent à une situation jugée déficiente, un écart entre un état de santé actuel constaté, observé et exprimé et un état de santé souhaité

4 Centre de documentation du Tiers-Monde, Espace Martin Luther King, 27 boulevard Louis Blanc, Montpellier.

5 Source : *Santé communautaire et action humanitaire : le diagnostic de santé d'une population*, M. Baumann, D. Cannet et S. Châlons (Dir.), ENSP, Rennes, 2001.

d'une population donnée en répondant aux questions : quels sont les problèmes de santé les plus importants de la population dont vous faites partie ? Quel est le groupe le plus vulnérable ou le plus concerné pour chaque problème ?

Étape 2 : la programmation

Elle consiste à définir pour le programme trois composantes : les objectifs, les activités et les ressources (humaines, matériels, financières), ainsi que la durée prévue pour la réalisation du programme de santé.

Étape 3 : l'implantation

Elle correspond à la mise en œuvre du programme pour répondre à des problèmes collectifs de santé *via* des interventions. Le programme fera l'objet d'un suivi et d'évaluations.

Les particularités du diagnostic d'une action de santé humanitaire

Ce diagnostic se réalise à travers une mission exploratoire. Suivant le contexte (situation d'urgence ou de développement), le diagnostic se déroule différemment, mais il doit s'attacher à décrire la situation, l'organisation et la volonté politique, les lois en vigueur, les acteurs professionnels et associatifs au plus près de la réalité. Ce document est rédigé et sert de guide tout au long de la présence sur le pays pour l'ONG et surtout à l'ensemble des professionnels qui vont intervenir.

Le diagnostic se base sur la consultation issue de rencontres des principaux acteurs (associatifs, institutionnels, des représentants d'ONG sur place, des représentants d'ambassade qui financent des actions dans le secteur d'intervention, des futurs bénéficiaires de l'action). Il est corroboré par l'étude des données épidémiologiques.

L'expression de la population concernant sa santé revêt des formes variées : paroles, attitudes, observation des pratiques sociales collectives et individuelles.

Cette analyse vise à vérifier si l'action prévue est réaliste et réalisable, si elle correspond à des besoins bien identifiés, si l'ONG est la mieux placée et la plus compétente pour intervenir et si ses actions peuvent être réalisées au regard du contexte des lois en vigueur dans le pays. Elle permet de créer des liens et d'établir une coordination avec les professionnels locaux qui prendront le relais une fois que l'ONG terminera sa mission.

AGIR

MISSION DE SANTÉ HUMANITAIRE AU MAROC

Infirmier bénévole, membre d'une ONG, vous participez à une mission exploratoire dont l'objectif est la proposition d'un projet de développement local pour répondre à la demande des habitants et des autorités locales. Ce projet a été initié suite au constat de problèmes de santé touchant la population d'un village marocain. Tahriz est un village montagneux isolé de l'Atlas à 2000 m d'altitude dans le sud du Maroc. La population comprend plus de 800 habitants et plus de 1000 personnes si on comptabilise les douars (hameaux) alentour. Le village se distingue par la présence d'une architecture traditionnelle qui attire quelques touristes amateurs de trekking.

Les données épidémiologiques locales transmises par les autorités sanitaires présentent les éléments suivants :

- IDH* : 0,706
- Sex Ratio : H : 44 %; F : 56 %
- Moins de 5 ans : 20,8 %
- Taux de natalité : 30/1000 = 3 %
- Taux de mortalité infantile : 22/1000 = 2,2 %
- Taux de fécondité : 5 enfants/femme
- Espérance de vie moyenne : 65 ans

Les pathologies enregistrées l'année précédente par les infirmiers locaux :

- Diarrhées : 20 %
- Fièvre d'origine inconnue : 28 %
- Rougeole : 12 %
- Infections cutanées : 12 %
- Infections oculaires : 15 %
- Lésions ostéo-articulaires : 13 %

1 RECUEILLIR DES DONNÉES

Quelles données relève-t-on ?	Pourquoi sont-elles significatives ?
Mission exploratoire d'une ONG La demande émane des habitants et des autorités locales Le constat des problèmes de santé est réalisé	Informations qui situent la période du projet Informations qui justifient l'implication de l'ONG dans le projet
Maroc, village de montagne isolé à 2 000 m d'altitude La ville la plus proche est à 50 kilomètres Conditions climatiques rigoureuses	Il s'agit des déterminants géographiques, qui ont une influence sur la vie, voire la santé de la population

* Indice de développement humain.

Quelles données relève-t-on ?	Pourquoi sont-elles significatives ?
Les données épidémiologiques communiquées	Elles donnent des précisions sur l'état de santé et les conditions de vie de la population concernée
Les pathologies enregistrées dans l'année	Elles permettent d'identifier les problématiques de santé de la population du village

2 COMPRENDRE ET ÉVALUER

Que faut-il comprendre ?	Évaluation
Le projet de développement proposé par l'ONG est une entreprise collective qui s'inscrit dans les contraintes culturelles, politiques, de temps, d'espace et de ressources Le contexte est à préciser pour donner forme au projet. La légitimité d'action de l'ONG découle de la demande de la population et de l'accord des autorités locales	Mission exploratoire qui fait suite à une demande formulée par les autorités locales et la population, d'un projet de développement
Les données épidémiologiques fournies par les autorités précisent l'état de santé de la population. Les déterminants démographiques donnent des indications caractéristiques sur la population. Ces données restent à analyser pour comprendre les facteurs influençant les conditions de vie et de santé	Cette population présente un taux de mortalité infantile importante et une espérance de vie courte : 65 ans
Les pathologies recensées et le croisement avec les données épidémiologiques donnent une image des problèmes de santé de la population. Les pathologies mettent en évidence des problèmes infectieux nombreux, ce qui laisse supposer un lien avec un manque d'hygiène générale et corporelle, probablement lié aux conditions de vie et aux difficultés d'accès aux soins	Difficulté d'accès aux soins Prévalence de pathologies infectieuses

3 AGIR

Quelles actions met-on en œuvre ?	Pourquoi ?
Réaliser un recueil d'informations complémentaires Analyser la situation, au regard des données transmises Caractériser le problème et déterminer la stratégie d'action	Pour réaliser le projet, l'ONG doit comprendre le contexte et la nature des problèmes, identifier les différents déterminants qui influent sur la santé des habitants. La caractérisation du problème permet de déterminer les actions les plus adéquates pour le résoudre
Organiser la mission exploratoire	C'est sur place que l'ONG pourra recueillir les données les plus fiables, pour mieux apprécier les conditions de vie de la population, identifier les facteurs favorisant les pathologies recensées et mieux comprendre l'importance de la mortalité infantile
Programmer des rencontres avec la population	La rencontre avec les habitants mettra en évidence leur perception des problèmes et permettra de les associer fortement au projet
Réaliser le diagnostic de situation définitif	Le diagnostic est posé après la consolidation de l'ensemble des informations, celles issues de la perception des populations sur leurs problèmes, celles des données épidémiologiques relevées. Le projet pourra alors être organisé et mis en œuvre

SUITE DE LA SITUATION

La mission exploratoire est arrivée sur les lieux et le rapport réalisé présente les éléments suivants.

La population villageoise est berbérophone, très attachée à ses traditions. Elle vit d'une culture vivrière – récolte de fruits, de noix, un peu de céréales – et de l'élevage de chèvres et de moutons. La majorité est ouvrier agricole. Depuis l'arrivée des touristes, certaines femmes se sont mises à l'artisanat (tissage, bijoux, poterie). Les hommes s'occupent principalement de l'entretien des bâtiments d'habitation et agricoles, des récoltes et de l'irrigation des champs. Les femmes, aidées par leurs filles de 4/5 ans, vont chercher l'eau à la source (un puits à dix minutes de marche) ou à la rivière plus proche. Il n'y a pas de problème d'accès à l'eau, les sources sont captées correctement et l'eau est saine.

Les femmes travaillent à ramasser le fourrage pour les vaches et les mules, le bois pour la cuisson des repas. Elles assurent l'élevage. Elles portent de lourdes charges dès le plus jeune âge. Ce sont elles qui s'occupent de l'éducation des enfants, préparent les repas et font le pain tous les jours. Elles utilisent leurs rares moments de loisir pour tisser.

Il n'y a pas d'école dans le village. Pour aller à l'école primaire, il faut se déplacer vers un autre village, Ait Latou. L'enseignement suit toujours le système du M'sid (l'école coranique). Les garçons occupent le rez-de-chaussée d'un local. Ils sont regroupés autour d'un feu qui dégage une épaisse fumée dans la pièce. L'atmosphère y est irrespirable, mais ils ne semblent pas y prêter attention, tant ils y sont habitués. Les filles suivent l'enseignement sur la terrasse. Cependant, leur apprentissage est tributaire des conditions climatiques rigoureuses.

Le réseau routier est limité : des sentiers de montagnes, une seule route goudronnée et carrossable seulement hors saison des pluies, elle est accessible à 28 km du village après un parcours en piste possible en 4X4 ou en camion. Les villageois se déplacent à dos d'âne, de mule ou à cheval. La ville la plus proche est à 50 kilomètres, il existe un bourg à une vingtaine de kilomètres où se trouve un dispensaire avec deux infirmiers sans consultation avancée. Durant les mois d'hiver, les villageois sont complètement isolés, les routes sont impraticables.

Ces conditions de circulation rendent difficile (voire impossible selon la saison) l'accès aux soins.

Les principales pathologies recensées par les infirmiers locaux et au moment de la mission exploratoire sont : quelques goitres, maladies rhumatismales, douleurs articulaires et musculaires, douleurs digestives et diarrhées chez l'enfant, plaies infectées, maladies ophtalmiques. Les enfants souffrent de retard de croissance, d'anémie et de pathologies dermatologiques liées au manque d'hygiène.

1 RECUEILLIR LES DONNÉES

Quelles données relève-t-on ?	Pourquoi ces données sont-elles significatives ?
Maroc. L'ensemble des données précise l'environnement	Déterminants géographiques qui ont une influence sur la vie, voire la santé de la population
Le réseau de routes, la faible fréquentation touristique, l'accès à l'eau, les conditions d'éducation	Déterminants économiques et politiques, qui ont une influence sur la vie, voire la santé de la population
La place des femmes, des enfants et des hommes dans la communauté	Déterminants sociologiques précisant le statut des femmes
Population berbérophone, les métiers et les modes de vie	Il s'agit des déterminants sociologiques, culturels, anthropologiques dont la prise en compte est incontournable pour la réalisation du projet. C'est une condition de réussite du projet
L'accès à l'eau et la qualité de l'eau	Déterminants écologiques
Existence d'un dispensaire avec 2 infirmiers à 28 km Recensement des pathologies prévalentes	Déterminants de santé

2 COMPRENDRE ET ÉVALUER

Que faut-il comprendre ?	Quelle évaluation établit-on ?
Les déterminants géographiques permettent de connaitre la situation du pays avec : • les aspects positifs : accès à une eau saine • les aspects négatifs : rudesse du climat, haute altitude avec l'impact sur les conditions d'oxygénation à 2 000 m	Conditions de vie rudes

Que faut-il comprendre ?	Quelle évaluation établit-on ?
Les déterminants économiques et politiques donnent des informations sur les commodités offertes ou non aux villageois : • accessibilité limitée, ce qui restreint le tourisme, l'accès aux soins, les échanges avec les villages voisins, l'approvisionnement • modes de transport limités, déplacement avec des moyens traditionnels inconfortables, routes peu praticables et dangereuses • implication des femmes dans l'artisanat, ce qui démontre leur capacité à entreprendre • absence d'école primaire, d'où un accès limité à l'éducation • agriculture et élevage traditionnel	Village isolé, sans commodités Absence de véhicules et d'infrastructures pour se déplacer Niveau économique et éducatif faible
Les déterminants sociaux, culturels, anthropologiques révèlent la prédominance de l'éducation religieuse, la vie en autarcie de la communauté. • Considération du sexe féminin dans cet enseignement comme dans la vie quotidienne • L'organisation sociale dans le village est bien déterminée. Les tâches sont réparties et les femmes ont des activités avec de fortes contraintes physiques, dès le plus jeune âge • Les déterminants culturels et anthropologiques mettent en évidence les racines traditionnelles de ces villageois qui ne parlent pas la langue officielle du pays, l'arabe. Leur mode de vie est économiquement faible car ils vivent en autarcie et leur autosuffisance alimentaire est sujette aux aléas de l'environnement • Pas de contact suffisant avec d'autres communautés, tourisme rare, capacités d'adaptation de certaines femmes pour l'artisanat	Niveau social et éducatif bas Peu d'élévation sociale possible par les études, analphabétisme chez les filles. Vie en autarcie avec un mode de vie ancestral et tribal Vie rude des femmes Ressources alimentaires faibles en lien avec des métiers traditionnels peu évolués Des capacités féminines à développer

Que faut-il comprendre ?	Quelle évaluation établit-on ?
• Les déterminants écologiques montrent que l'eau est accessible, cependant, si elle est saine, elle n'est pas d'accès direct. Il faut aller la chercher, ce qui limite probablement sa consommation (hygiène) et l'expansion de l'agriculture • Les conditions de culture en haute altitude ne facilitent pas la variété et la quantité qui permettrait de répondre aux besoins des villageois	Accès à l'eau indirect Limite des ressources alimentaires
• Les déterminants de santé mettent en évidence le problème d'accès aux soins car les routes sont parfois inaccessibles, le premier centre de soin est loin, le nombre de soignants est limité pour la population de Tahriz et d'Ait Lalou • Les pathologies recensées s'expliquent par les conditions de vie rude, l'insatisfaction des besoins fondamentaux, la dépendance économique, l'insuffisance d'hygiène, le manque de connaissances pour limiter les chaines de contamination animale ou oro-fécale et dépister les urgences médicales, les carences alimentaires, l'accès aux soins limité. La question du suivi des grossesses et des accouchements est également un sujet préoccupant	Absence/insuffisance d'accès aux soins Hygiène de vie insuffisante Comportement en santé inapproprié Mortalité infantile élevée

Synthèse de la situation : il s'agit d'une mission exploratoire d'une ONG pour répondre à une demande de la population d'un village marocain et des autorités locales.

Le problème mis en évidence est l'insuffisance voire l'absence d'accès aux soins avec pour conséquences une mortalité infantile élevée, de nombreuses pathologies infectieuses. Les conséquences possibles sont un risque d'épidémie accrue. L'état de santé de la population influe sur sa capacité à assurer les activités agricoles et alimentaires pour la communauté. L'altération de la santé favorise un accroissement des problèmes économiques.

Cette situation est due à l'absence de structure de soins de proximité, de communication avec le centre médical du village voisin, l'absence de personnes suffisamment éduquées pour former la population en éducation à la santé (soins primaires).

3 AGIR

Quelles actions met-on en œuvre ?	Pourquoi ?
Mettre en place le projet visant l'accès aux soins des habitants : • identifier la demande de la population • valider le diagnostic et les propositions d'action avec la population • présenter les modalités de mise en œuvre	Pour améliorer l'accès aux soins et la santé de cette population La démarche auprès de la population est essentielle pour son adhésion et sa participation au projet qui ne pourra se faire qu'avec elle
Assurer une présence de personnel de soins (infirmiers) sur l'année Fournir du matériel de première nécessité	Les infirmiers de l'ONG assurent les soins de premiers recours pour limiter les complications et éviter de se rendre à l'hôpital Les soins et les médicaments permettent de lutter contre les infections, traiter les états douloureux et améliorer la qualité de vie ce qui aura une incidence sur la continuité des activités agricoles et domestiques vitales pour la population
Mener des actions d'éducation à la santé auprès de la population mais aussi des relais en matière de : • hygiène corporelle (lavage des mains chez l'enfant, brossage des dents • hygiène alimentaire (conservation et cuisson) • hygiène vestimentaire • comportement face à la maladie et aux maladies	Répondre aux besoins de santé primaire afin de réduire les problèmes de santé liés au manque d'hygiène, prévenir les problèmes de santé maternelle et infantile, donner aux habitants plus de contrôle sur leur santé
Mettre en place une campagne de vaccination	Prévenir les maladies infantiles
Mettre en place des consultations de planification familiale	Apporter de la connaissance aux jeunes femmes et répondre à leur questionnement
Mettre en œuvre la construction d'un dispensaire avec les habitants du village	Disposer d'un local aménagé pour les soins et offrir des soins aux villageois
Assurer la formation ou le recrutement d'un infirmier local Organiser l'approvisionnement en médicaments	Assurer la continuité du projet et maintenir l'offre de soins auprès des villageois après le départ de l'ONG

Quelles actions met-on en œuvre ?	Pourquoi ?
Rechercher le financement pour assurer le salaire de l'infirmier et l'équipement du dispensaire	Le financement est important pour pérenniser les actions et parvenir au résultat escompté à savoir : améliorer la santé de la population
Élaborer les critères et les indicateurs d'évaluation	Procéder à une évaluation quantitative et qualitative du projet

4 ÉVALUER LE RÉSULTAT

Quels résultats ?	Analyse des résultats
Évaluation quantitative à court terme	
Validation du diagnostic par la population	Les diagnostics posés d'insuffisance de connaissance en éducation à la santé et d'accès aux soins sont validés
Présentation des actions réalisées à la population	La population connaît les objectifs de la mission de l'ONG
Proposition d'action par les autorités locales et la population	Plusieurs actions ont été prises conjointement, l'implication des autorités est un signe d'adhésion au projet et donc à sa pérennisation possible
Comptabilisation des actes de soins et le matériel utilisé	Le nombre de doses de vaccins administrés est de 300, les enfants ont tous été vaccinés
	La consommation de médicaments et de fourniture de soin correspond aux besoins identifiés
	Le nombre de personnes de l'ONG impliquées permet de faire face à la demande et est adapté aux actions entreprises
	Le taux d'infection d'origine virale et/ou bactérienne est passé de 28 % à 20 %, les enfants sont les premiers bénéficiaires car les fièvres et les diarrhées ont régressé

Quels résultats ?	Analyse des résultats
Modification des comportements en santé : • passage des enfants au point d'eau aux moments des repas • présence des enfants et des mères aux séances d'éducation • participation des villageois à la construction du dispensaire, implication de certains dans certaines missions • interprétariat mis en place	L'évaluation qualitative met en évidence le début des modifications des comportements perçues à l'issue des actions menées Elle apprécie également la participation des villageois dans le projet
Évaluation qualitative à 6 mois	
Accord sur la présence de l'ONG donné par les représentants du village	Les infirmiers de l'ONG sont acceptés par la communauté
Implication des représentants du village dans le projet et des villageois	Le degré d'engagement est positif et certains villageois ont pris des responsabilités dans le projet (responsable pharmacie, responsable caisse commune…)
Acceptation des soins par les habitants	Les habitants sont satisfaits des soins et y participent Les villageois se sentent respectés dans leurs habitudes socioculturelles
Présence des femmes aux séances d'éducation et de planification familiale	Les femmes peuvent s'exprimer sur leur problème de santé

S'ENTRAINER

VÉRIFIER SES CONNAISSANCES

1 Cherchez la signification des sigles suivants :

OMS	INVS	Onu	ONG	PMA	IDH	OMD	PED	SSP
RSI	APD	RNB	FMI	PNUD	MSF	PAM	HCR	

2 Placez des flèches pour relier le promoteur à l'action :

OMS	ONU	COMMISSION EUROPÉENNE	
Traité de Nice	Traité de Maastricht	CHARTE D'OTTAWA	Journée mondiale de la Santé
MSF	Objectif du millénaire pour le développement	Pnud	CAMPAGNE MÉDICAMENTS ESSENTIELS

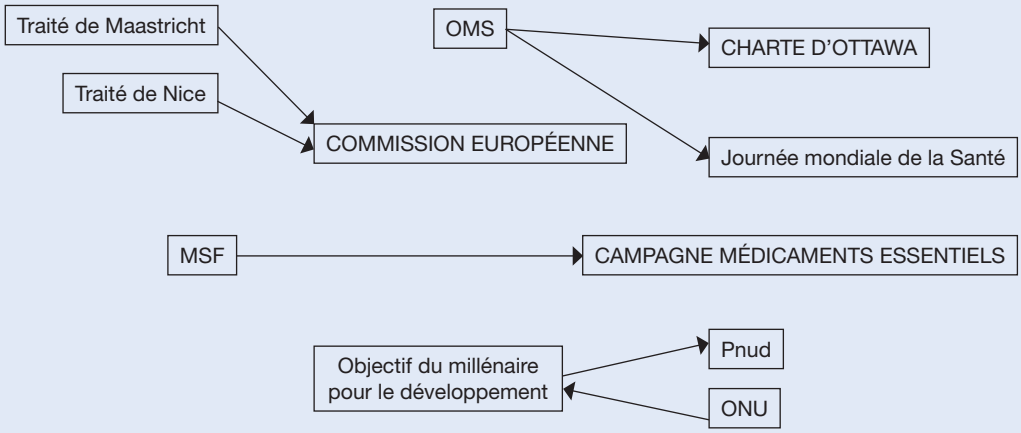
CORRIGÉS

VÉRIFIER SES CONNAISSANCES

1

OMS : Organisation mondiale de la santé
INVS : Institut de veille sanitaire
Onu : Organisation des Nations unies
ONG : Organisation non gouvernementale
PMA : Pays les moins avancés
IDH : Indice de développement humain
OMD : Objectif du millénaire pour le développement
PED : Pays en développement
SSP : Soins de santé primaire
RSI : Règlement sanitaire international
APD : Aide publique au développement
RNB : Revenu national brut
FMI : Fonds monétaire international
HCR : Haut comité pour les réfugiés
MSF : Médecins sans Frontières
Pam : Programme alimentaire mondial
Pnud : Programme des Nations unies pour le développement

2



This page intentionally left blank

Économie de la santé

7 Économie de la santé

COMPRENDRE

INTRODUCTION

L'économie de la santé peut être considérée comme une application de la science économique générale à un domaine particulier. Le développement de cette discipline à partir des années 1960 est lié à deux phénomènes majeurs qui ont caractérisé l'évolution de la protection sociale et des systèmes de santé depuis la Seconde Guerre mondiale.

Le premier concerne l'augmentation de la dépense courante de santé jusqu'à la fin des années 1980, augmentation à un rythme supérieur à celui de l'ensemble de la richesse nationale, ce qui se traduit par une part toujours plus importante des dépenses de santé dans le produit intérieur brut (9,2 % en moyenne pour les pays de l'OCDE en 1990). Cette demande de biens et de services médicaux a été principalement financée par les prélèvements obligatoires fondés selon les pays sur l'impôt ou les cotisations sociales.

La hausse régulière des prélèvements obligatoires et du déficit des dépenses publiques a conduit, depuis le milieu des années 1970, tous les gouvernements des pays développés à faire de la « *maitrise des dépenses de santé* » un objectif prioritaire. Ces politiques de maitrise ont commencé à porter leurs fruits à partir du milieu des années 1990, qui ont vu une stabilisation relative de la croissance des dépenses de santé de la plupart des pays de l'OCDE.

Cette constante évolution des demandes (voire des exigences) et des dépenses de santé s'explique principalement par l'explosion des connaissances médicales et des possibilités thérapeutiques liées aux progrès scientifiques ou industriels, des prestations sanitaires et sociales généralisées et le vieillissement de la population.

En France, il appartient aux pouvoirs publics de définir la politique de santé, en d'autres termes de fixer des objectifs qualitatifs et quantitatifs pertinents et adaptés aux besoins de la population en référence au concept de santé émanant de l'Organisation mondiale de la santé.

La crise économique et sociale (1975) des pays industrialisés et celle qui sévit encore aujourd'hui montrent combien la politique de santé et les moyens afférents doivent être pensés avec rationalité. Ainsi, l'État tente d'endiguer ce coût croissant par des dispositifs législatifs.

Ce chapitre présente un aperçu non exhaustif des notions simples d'économie et d'économie de la santé. Il présentera les dépenses en matière de santé, les mesures correctives mises en œuvre pour tenter de retrouver un équilibre budgétaire. Le rôle de chacun sera dégagé, tant celui de l'État que du citoyen ou celui des professionnels de santé. Les implications directes pour le

malade (les frais liés aux actes de soins, la part restant à sa charge et le recours ou non aux soins de certains) seront abordées.

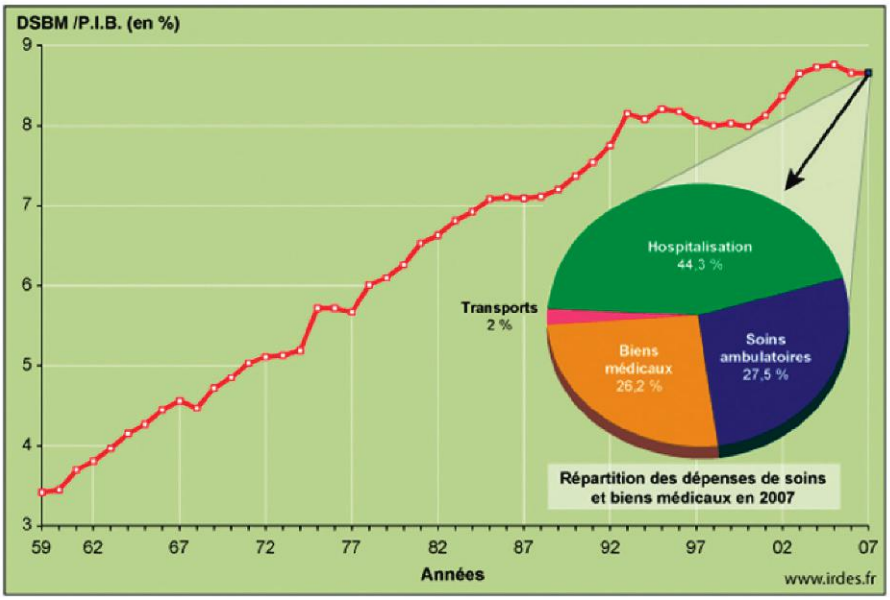


Figure 7.1. Évolution des dépenses de soins et biens médicaux dans le PIB depuis 1959
Source : Éco-Santé France 2008, d'après les Comptes de la santé 2007

LES NOTIONS D'ÉCONOMIE ET L'APPROCHE DE L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

L'économie

La définition de l'économie

Deux définitions peuvent être avancées :

- l'économie est l'ensemble des activités d'une collectivité humaine relatives à la production, à la distribution et à la consommation des richesses ;
- l'économie est l'étude des phénomènes de production, d'échange et de consommation de biens et de services dans une collectivité humaine donnée.

On comprend que l'économie est une science qui étudie des phénomènes qui touchent différents domaines d'une société comme l'économie industrielle, l'économie politique, l'économie sociale, etc., et aussi l'économie de la santé qui concerne plus particulièrement la production, la distribution et la consommation d'actes de soins.

Les secteurs d'activité

Il existe trois secteurs d'activité :

- *le secteur primaire* regroupe essentiellement les activités liées à la transformation du milieu naturel (l'agriculture, la pêche, les activités forestières) et les activités extractives (mines) ;

■ *le secteur secondaire* est celui où sont réunies les activités de transformation des matières en biens productifs (les machines-outils, par exemple) ou en bien de consommation ;

■ *le secteur tertiaire* correspond à l'ensemble des activités produisant des services (banque, assurance, administration, transport, commerce, éducation, santé…).

Cette classification est affinée par certains auteurs qui identifient des secteurs à progrès techniques moyens (primaire = secteur 1, s1), rapides (secondaire = secteur 2, s2) et lents (tertiaire = secteur 3, s3) ou proposent d'ajouter le secteur quaternaire qui désigne la partie moderne des activités économiques. Seraient intégrés dans ce dernier la communication, l'information, la recherche et le développement, l'informatique, l'enseignement.

Agriculture, sylviculture et pêche (s1)	Industrie (s2)	Construction (s2)	Tertiaire (s3)	Non renseigné
3 %	14,9 %	6,8 %	74,2 %	1,1 %

Tableau 7.I. Répartition des actifs ayant un emploi par secteur d'activité économique en 2008[1]

Administration	Éducation, santé, action sociale
32,7 %	67,3 %

Tableau 7.II. Répartition des actifs ayant un emploi par branche en 2008 (services administrés)

Le service

Il convient d'explorer cette notion car l'économie de la santé est en grande partie une économie de services.

Le service est une activité qui contribue à procurer aux individus ou à la collectivité une valeur d'usage sans passer par la vente d'un bien matériel. Les activités sanitaires appartiennent majoritairement au secteur tertiaire.

Une consultation médicale est un service et non un bien.

Exemple : circuit schématisé du médicament :

• Secteur 1 : production de plantes servant à l'industrie pharmaceutique.

• Secteur 2 : transformation du produit pour, dans un premier temps, en extraire le principe actif et secondairement assurer la fabrication et la commercialisation du médicament.

• Secteur 3 : réalisation de la prescription médicale (vente en officine ou distribution en structure sanitaire par l'infirmière).

Le professionnel de santé paramédical et, par extension, l'étudiant en soins infirmiers, peut jouer plusieurs rôles :

• en tant qu'individu citoyen, il peut être acheteur d'un bien (le médicament) pour son propre usage personnel ou celui de ses enfants ;

• il peut également être acteur et donc utilisateur de ce bien dans le cadre de son activité professionnelle (il dispense un service).

Nota bene : Ce circuit ne tient pas compte des compétences en biochimie de l'industrie pharmaceutique (synthèse et duplication moléculaires).

1 Insee, Comptes nationaux 2008, mai 2009.

Le marché

Au sens courant, le marché est un lieu défini où se tient, à intervalles plus ou moins réguliers, une réunion d'acheteurs et de vendeurs échangeant des marchandises. Le marché est une confrontation entre une offre et une demande qui se solde ou non par l'échange de biens, de services ou de capitaux.

L'offre désigne la quantité de biens et de services que les vendeurs sont prêts à vendre pour un prix donné.

La demande désigne la quantité de biens et services ou capitaux que les acheteurs sont prêts à acquérir à un prix donné, et ce en fonction de leurs revenus et leurs références.

Le ménage

Le ménage désigne une personne ou un ensemble de personnes partageant une même habitation et mettant en commun une partie de leurs revenus. Une famille constitue un ménage. Le ménage a deux rôles essentiels :

- il perçoit des revenus versés par les entreprises en contrepartie de son travail ;
- il consomme grâce à ses revenus.

Les entreprises

Les entreprises sont des unités de production de biens et de services destinés à être revendus à d'autres acteurs de la vie économique. Elles utilisent pour ce faire :

- du travail qui correspond à la capacité à produire de ses salariés en échange d'une rémunération, ce travail débouche sur une production ;
- du capital sous forme d'investissements que sont les machines (machine-outil, ordinateur…), l'achat de matières premières (dans le cas d'une entreprise de transformation) ou encore la location ou l'achat de produits locaux.

Sa vocation première est de fabriquer et de vendre des biens et des services en vue de dégager des bénéfices.

L'hôpital peut, par certains aspects, être assimilé à une entreprise. C'est un producteur de services et non de biens, il est cependant consommateur de ces derniers. Le mode de management dont la gestion des ressources humaines, la recherche d'efficacité et d'efficience sont empruntées aux logiques d'entreprise. Cependant, s'il crée l'offre par la diversité de ses services de spécialités médicales, et son plateau technique, au moins deux éléments le distinguent des entreprises :

- il ne fixe pas le prix de ses prestations qui sont encadrées et il ne peut ni les faire fluctuer en tenant compte de la demande des personnes ni consentir de remise ;
- le malade n'est pas un client. Il consomme un produit à un prix donné. Il n'influe pas sur le prix du service. Il ne peut le négocier.

Le malade ou le consultant a vu son libre accès aux services limité par son choix d'un référent médical (médecin traitant).

Les institutions financières

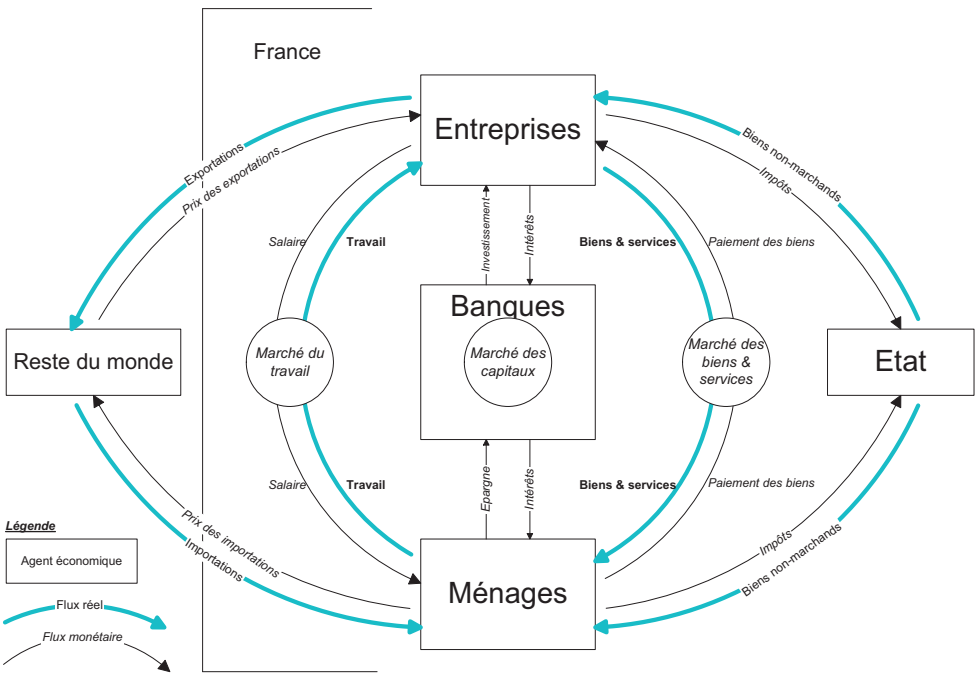
Les institutions financières reçoivent de l'argent de la part des entreprises et des ménages. Les banques, qui ne sont pas les seules institutions financières, sont collectrices d'argent. Elles prêtent de l'argent aux ménages et aux entreprises. Les banques touchent des intérêts en contrepartie des services rendus (prêt, découvert qui s'assimile à une forme de prêt, chèque bancaire, gestion des comptes...).

Le circuit économique et le flux économique

L'activité économique entre différents acteurs est représentée sous forme schématique et se nomme le circuit économique. Cette activité est constituée par les flux d'échanges entre ces acteurs. Le flux économique est le mouvement de biens, de services, de monnaie entre deux acteurs économiques. Ces flux sont soient réels ou monétaires. Les flux réels sont les biens ou services alors que les flux monétaires sont l'ensemble des flux financiers échangés entre les acteurs. Tous les flux entre les acteurs sont visibles.

Les approches microéconomique et macroéconomique

L'approche microéconomique est centrée sur l'individu alors que l'approche macroéconomique concerne l'ensemble des acteurs. Au niveau microéconomique, les agents sont soit consommateurs, soit producteurs. À l'échelle macroéconomique, la grandeur des flux peut être représentée par le circuit économique d'un pays. Le Produit intérieur brut (PIB) ou la consommation des ménages sont des exemples de flux macroéconomiques.



Source : www. lyc-rousseau-sarcelles.ac-versailles.fr

Figure 7.2. Schéma du circuit économique

Le plan/la planification

Le plan est un processus mis en œuvre par des agents économiques qui fixent à moyen terme (entre trois et dix ans) des grandeurs économiques (production, investissement…) et les mutations qui y sont liées (modifications des structures de la production, de la consommation…) afin d'utiliser au mieux les ressources disponibles pour faire face aux besoins de la population.

La planification, lorsqu'elle est établie par les pouvoirs publics, peut prendre deux aspects :

- *la planification impérative*, l'exemple le plus connu a été la planification soviétique, dans laquelle les objectifs sont fixés par l'État et s'imposent aux agents économiques et principalement aux entreprises. L'esprit étant d'éviter « l'anarchie du marché ». Les quantités à produire, les prix, les effectifs salariés, les salaires, etc. sont déterminés par l'État. L'organisme chargé de l'organisation du plan (Gosplan en URSS) élabore des indicateurs et veille à son respect sous peine de sanctions pénales ;
- *la planification indicative*, à l'échelle nationale, est apparue dans les pays occidentaux après la Seconde Guerre mondiale. Dans un contexte de pénurie économique, elle était l'outil de la reconstruction économique et de la croissance. Au fil des décennies, elle a perdu le caractère « d'ardente obligation » voulue par le général de Gaulle.

Le plan ne cherche pas à se substituer au marché. Il s'agit d'un processus de concertation avec les partenaires sociaux visant à fixer des objectifs à quatre ou cinq ans qui s'imposent pour partie au secteur public. Les entreprises privées ne sont pas soumises à ces objectifs. Les pouvoirs publics sont censés poursuivre ces derniers en incitant les agents économiques à les réaliser. Le plan s'efforce de prévoir les tendances à long terme du marché. Il permet à la puissance publique d'intervenir plus rapidement et plus efficacement en mettant en œuvre des mesures incitatives (relance de la consommation, fixation des minima sociaux, aide à l'investissement, mise en œuvre de grands projets et de grands travaux pour soutenir, par exemple, les secteurs de l'industrie et de la construction). Le Commissariat général au plan, en France, a le rôle de coordination, d'élaboration et d'impulsion.

Pour mémoire : le plan Marshall

Il a constitué en une aide proposée en 1947 par les États-Unis et précisément par le secrétaire d'État G. C. Marshall (d'où le nom du plan), aux pays d'Europe pour permettre le rétablissement de leurs économies. Cette aide a été rejetée par l'URSS. Entre 1948 et 1951, 12 milliards de dollars ont été répartis. La France (pour 23 %) et la Grande-Bretagne (à hauteur de 26 %) en ont été les grandes bénéficiaires.

Si l'élaboration du plan reste en France un moment de réflexion prospective commune, l'existence même de cette planification reste problématique. De nombreuses contraintes sont apparues au fil des décennies, en interne avec le transfert de compétences aux régions (décentralisation), la contestation du rôle interventionniste de l'État, en externe le fait que la France se soit engagée dans un processus européen. La France, tout comme ses entreprises, ne peut plus ignorer le contexte international. Les économies sont de plus en plus tributaires des échanges internationaux, le marché s'est mondialisé. D'autre part, les grandes entreprises privées sont désormais multinationales ou ont une forte propension à le devenir et obéissent encore moins à des orientations nationales qui déjà ne s'imposaient pas à elles.

Le Produit intérieur brut (PIB)

Le PIB brut est la valeur de tout ce qui est produit par un pays pendant une année, il représente donc une mesure de la richesse produite. Plus simplement, on peut dire que le PIB est l'indicateur de croissance d'un pays. Le PIB marchand fait référence aux biens et services (ces derniers étant achetés). Le PIB non marchand quant à lui concerne les services, délivrés par l'administration, gratuits ou avoisinants (l'enseignement par exemple).

Le PIB de la France concerne la richesse produite en métropole mais aussi par les départements d'outre-mer.

Le PIB français en 2009

Variations t/t, en %, données CJO-CVS

	2009 T1	2009 T2	2009 T3	2009 T4	2008	2009
PIB	–1,4	0,3	0,2	0,6	0,3	–2,2
Importations	–5,8	–2,6	0,3	3,3	0,6	–9,7
Dép. conso. ménages	0,2	0,3	0,1	0,9	0,9	0,8
Dép. conso. APU	0,0	0,6	0,6	0,7	1,1	1,6
FBCF totale	–2,4	–1,0	–1,4	–1,2	0,4	–6,9
dont ENF	–3,4	–1,2	–1,0	–0,8	2,4	–7,7
dont ménages	–1,7	–1,6	–2,3	–2,7	–1,4	–8,1
dont APU	–0,6	0,7	–1,1	–0,2	–4,5	–3,2
Exportations	–7,3	0,5	1,8	0,5	–0,6	–11,3
Contributions :						
Demande inférieure finale hors stocks	–0,4	0,1	–0,1	0,5	0,9	–0,6
Variations de stocks	–0,7	–0,6	–0,1	0,9	–0,3	–1,4
Commerce extérieur	–0,2	0,8	0,3	–0,7	–0,3	–0,2

FBCF : formation brute de capital fixe
APU : administrations publiques
ENF : entreprises non financières

Figure 7.3. PIB français en 2009. Variations trimestrielles et par rapport à 2008

La progression du PIB s'accélère au quatrième trimestre 2009 : +0,6% après +0,2%[2].

Au quatrième trimestre 2009, le PIB en volume croît de 0,6%, après une progression de 0,2% au troisième trimestre. En moyenne sur l'année, il a reculé de 2,2%, soit la baisse la plus importante depuis l'après-guerre. Les dépenses de consommation des ménages progressent de 0,9% au quatrième trimestre (après +0,1%).

…

2 Insee, date de parution : 12 février 2010, extraits.

…

Les exportations ralentissent (+0,5 % après +1,8 %) tandis que les importations accélèrent (+3,3 % après +0,3 %), si bien que le solde du commerce extérieur se détériore. Il contribue négativement à l'évolution du PIB (– 0,7 point, après +0,3 point). Cet effet est plus que compensé par les variations de stocks des entreprises, principale contribution de la croissance ce trimestre (+0,9 point après – 0,1 point).

La production croît légèrement plus.

La production de biens et services accélère (+0,6 % après +0,3 %). Si la production manufacturière décélère légèrement (+1,7 % après +2,0 %), la production de presque toutes les autres branches est mieux orientée, notamment l'énergie (– 0,8 % après – 3,5 %) et les services aux entreprises (+0,7 % après +0,2 %). En moyenne sur l'année, la production totale a baissé de 3,1 %, soit le plus fort recul depuis soixante ans.

La consommation des ménages croît nettement.

Au quatrième trimestre, les dépenses de consommation des ménages augmentent de 0,9 % (après +0,1 %). Elles sont portées par la nette progression des achats d'automobiles (+8,0 % après – 0,4 %).

L'inflation, la déflation, la récession

L'inflation correspond à une augmentation du niveau général des prix et non de quelques produits. Si la demande est forte et si le bien ou le service vient à manquer, alors les prix augmentent.

➥ Ce phénomène est couramment observé lorsque la demande est croissante pour les matières premières ou dans le secteur de l'immobilier.

La déflation correspond à une baisse de l'indice des prix observée sur une période suffisamment longue, généralement plusieurs trimestres.

La déflation est donc un mouvement à la baisse du prix moyen des biens et services, c'est-à-dire du coût de la vie. Elle peut être générale ou sectorielle.

➥ Exemple de déflation sectorielle : le secteur informatique a connu au cours des années 1990 et 2000 une déflation se traduisant par une baisse significative des prix des biens informatiques.

La récession économique est une diminution plus ou moins prolongée de l'activité économique. Elle correspond à une diminution du PIB pendant deux trimestres consécutifs. Si un trimestre de baisse est suivi d'une reprise lors du trimestre suivant, il ne s'agit pas d'une récession économique.

La récession est donc à distinguer du ralentissement économique qui correspond à une croissance du PIB, moins forte qu'auparavant. Autrement dit, la croissance existe tout en étant plus lente. La récession ou dépression économique correspond à la diminution prolongée et importante du PIB. La France a connu des récessions en 1974, en 1993 et en 2009.

La crise économique est le passage d'un état normal (stabilité ou croissance même faible) à une situation de récession.

Point clé à retenir

▶ L'économie est donc une science des phénomènes de production, d'échange et de consommation de biens et de services dans une collectivité humaine donnée. Elle concerne différents domaines, dont le domaine de la santé.

L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Les généralités et les définitions

L'adage « *la santé n'a pas de prix* » montre combien, dans la perception et les valeurs populaires, la santé a une place primordiale. Si, en effet, elle semble ne pas avoir de prix pour chaque individu, elle a cependant un coût pour la société. Cette contribution collective au coût de la santé s'explique par le choix de son financement, à savoir majoritairement issu des cotisations sociales obligatoires et non de l'impôt.

Actuellement, la part des financements publics représentent environ 70 % des dépenses de santé. On comprend dès lors que les États cherchent à circonscrire de telles dépenses, cependant compte tenu de la singularité du domaine, quelques préalables doivent être rappelés.

Dans le domaine de la santé, les règles de l'économie générale ne peuvent s'appliquer, notamment celles du jeu de l'offre et de la demande, car la santé est un bien particulier, un bien collectif qui échappe à tout processus de régulation marchande. Il ne peut être négocié.

La nature de l'objet « santé » et le traitement des soins médicaux comme une marchandise posent la question de l'articulation entre la logique du domaine de la santé à celle de la discipline économique.

La demande de santé est en constante évolution, évolution qui s'explique par l'explosion des connaissances médicales et des possibilités thérapeutiques, ce qui se traduit par un allongement de la durée de vie, la réduction des séquelles des maladies…

L'économie de la santé est une branche appliquée de l'économie qui s'intéresse, dans le domaine de la santé, à la production des biens et des services médicaux, à leur distribution et à l'élaboration de leurs prix.

En se référant à la définition classique de la santé selon l'OMS, les dépenses qui contribuent à promouvoir, entretenir ou restaurer la santé ne se limitent pas au seul domaine sanitaire. Les dépenses sociales sont à prendre en compte même si, en accord avec la comptabilité nationale, les dépenses de santé ont une définition précise.

Le professionnel de santé ne peut ignorer la juxtaposition des domaines sanitaire et social. Il y est confronté dans sa pratique, au quotidien, en regard des situations des personnes prises en charge.

Les facteurs favorisant la croissance des dépenses de santé

Contrairement à une idée reçue, le vieillissement démographique de la population n'est pas le facteur prépondérant de l'augmentation des dépenses de santé. De nombreuses études ont objectivé que c'est la hausse générale du niveau de vie, des revenus et le progrès technique médical qui constituent les principaux facteurs de cette augmentation. Ainsi, il a été démontré qu'une augmentation des revenus de 1 % génère une hausse des dépenses de santé supérieure à 1 %, ce qui caractérise les biens dits de « luxe ». Les dépenses de santé augmentent donc proportionnellement plus que le revenu.

Quant au progrès biomédical, les études lui attribuent une part qui va du tiers à la moitié de la hausse des dépenses. En effet, peu d'innovations ont le même effet que le développement de l'antibiothérapie dans les années 1950 qui a à la fois révolutionné la prise en charge des pathologies infectieuses, introduit dans un laps de temps court, une rupture médicale dans l'histoire de la médecine, et permis une diminution des coûts. Les progrès actuels se traduisent par des rendements décroissants, c'est-à-dire que leur coût ne compense pas les améliorations (donc les gains) apportées aux patients, ce qui a pour conséquence une augmentation à long terme du coût moyen. Ainsi, l'application d'un test de dépistage, si performant soit-il, des populations chez lesquelles la pathologie à diagnostiquer est rare revient à dépenser des ressources croissantes pour une efficacité moindre.

➥ Dans les années 1950 où le nombre de tuberculeux était important, la réalisation systématique d'une radiographie pulmonaire lors d'une hospitalisation permettait le dépistage de nombreux patients. Aujourd'hui, l'application de cette même mesure reviendrait très cher au regard du nombre peu important de patients qui seraient ainsi dépistés, vu la diminution de cette pathologie dans la population générale.

D'autres facteurs, liés à l'organisation du système de santé, sont en faveur d'une augmentation des dépenses de santé. Il en est ainsi du paiement à l'acte plutôt qu'au forfait, de l'accès aux spécialistes sans passer par un généraliste, mais aussi de la pratique du tiers payant qui peut ne plus laisser percevoir aux usagers le prix réel des prestations de santé.

➥ En France, la mise en place du médecin traitant et le passage « obligé » par un médecin généraliste pour accéder à un médecin spécialiste s'appuient sur cette donnée.

Le budget de la santé, la loi de finances, les dépenses nationales

Le budget de l'État

Le budget est l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses annuelles de l'État. Ce budget est exprimé sous la forme de la Loi de finances. La loi organique du 1er août 2001 relative aux lois de finances (Lolf), entrée en application le 1er janvier 2006, a transformé le budget de l'État. Cette réforme a introduit au sein des administrations d'État, une

culture du management par la performance pour optimiser l'efficacité des actions et la qualité des services afin d'améliorer l'utilisation de l'impôt des Français.

Ce budget de l'État demeure un budget fonctionnel relatif aux grandes fonctions de l'État, par exemple l'enseignement, la défense du territoire, la santé.

Le budget de l'État répond à quatre grands principes :

- l'annualité ; les dépenses et les recettes sont prévisionnelles pour l'année à venir ;
- l'unité ; il n'existe qu'un document unique spécifiant ces recettes et ces dépenses ;
- l'universalité ; les recettes et les dépenses font respectivement l'objet d'une écriture précise sans que l'une soit spécifiquement affectée à l'autre ;
- la spécialisation ; les crédits sont affectés par chapitre.

La Loi de finances

La Loi de finances est proposée par le gouvernement. Elle est prévisionnelle pour l'année à venir et est soumise à une autorisation par le parlement (réunion de l'Assemblée nationale et du Sénat). Elle peut être corrigée donnant alors naissance à la Loi de finances révisée ou rectificative. Cette Loi de finances est donc débattue conformément à l'article 14 de la Déclaration de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 : « *Tous les citoyens ont le droit de constater par eux-mêmes ou par leurs représentants, la nécessité de la contribution publique, de la consentir librement, d'en suivre l'emploi, et d'en déterminer la quotité, l'assiette, le recouvrement et la durée* ».

A minima, une partie de cette loi, voire la loi dans son ensemble, doit être adoptée pour permettre à l'État de fonctionner.

Les dépenses nationales

Les dépenses nationales, prévues dans la Loi de finances, sont classées conformément aux dix grandes fonctions de l'État qui sont :

- F[3] 1 : Administration centrale publique ;
- F 2 : Défense ;
- F 3 : Ordre et sécurité publique ;
- F 4 : Affaires économiques ;
- F 5 : Protection de l'environnement, de la faune et de la flore ;
- F 6 : Logement et équipements collectifs ;
- F 7 : Santé ;
- F 8 : Religions, culture, sports et loisirs ;
- F 9 : Enseignement ;
- F 10 : Protection sociale, affaires sociales.

La classification permet de constater que les dépenses liées à la santé sont distinctes de celles allouées au secteur social (voir paragraphe consacré à la Sécurité sociale page 211).

Chacune des dix fonctions est séparée en sous-fonctions. Les fonctions 7 et 10 sont ainsi ordonnées :

3 Lire partout « F » comme « fonction ».

Sous-fonction 71	72	73	74	75
• Médicaments • Prothèses • Matériels et appareils médicaux	Services médicaux de proximité (Ambulatoire)	Services hospitaliers	Services de santé publique	Recherche et développement portant sur la santé

Tableau 7.III. Fonction 7 : Santé

101	102	103	104	105	106	107
Maladies et invalidités	Vieillesse	Survivants (veuvage ou conjoint survivant)	Famille et enfants	Lutte contre le chômage	Logement et conditions de logement	Lutte contre l'exclusion sociale

Tableau 7.IV. Fonction 10 : Protection sociale, affaires sociales (liste non exhaustive)

La sous-fonction 71 doit être lue comme sous-fonction 1 de la fonction 7, la fonction 104 est la quatrième de la fonction 10.

En synthèse, la fonction 7 concerne les moyens matériels et humains du secteur de la santé alors que la fonction 10 précise entre autres les dépenses sous forme d'indemnités, d'aides, de compensations financières versées aux bénéficiaires. Les dépenses comprennent aussi pour ces deux fonctions les financements des divers plans (de lutte contre le chômage et l'exclusion, en faveur de la recherche médicale, etc.).

Après adoption de la Loi de finances (autorisation des recettes et des dépenses) et de la Loi de finances rectificative du 9 mars 2010, le budget de l'État pour 2010[4] se présente ainsi (voir figure page suivante) :

Le solde du budget de l'État montre qu'il est déficitaire à hauteur d'un peu moins de 150 milliards d'euros. Globalement, depuis trois décennies, le budget est déficitaire et ce déficit ne cesse de croître.

Le déficit budgétaire correspond au déficit sur un exercice budgétaire, c'est-à-dire sur une année alors que le cumul de ces déficits conduit à la constitution de la dette publique. En effet, l'État est amené à emprunter pour d'une part assurer financièrement les fonctions qui lui sont dévolues et d'autre part rembourser cette dette.

L'augmentation de la dette publique est la conséquence première et majeure de ce déficit récurrent.

On comprend aisément tous les efforts des gouvernements successifs pour tenter de conjurer cette situation. Ainsi s'expliquent toutes les mesures visant à réduire les dépenses de l'État y compris dans les domaines sanitaires et sociaux.

Le niveau de dépenses en matière de santé (budget de fonctionnement, investissement, etc.) est relativement modeste comparativement à d'autres fonctions et sous-fonctions. Pour les régimes sociaux et de retraite, il est cinq fois supérieur.

4 http://fr.wikipedia.org, à retrouver également sur le site du ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État.

Recettes fiscales nettes : Impôt sur le revenu et les sociétés, taxe intérieure sur les produits pétroliers, taxe sur la valeur ajoutée		254 380
Recettes non fiscales dont amendes, sanctions pénalités et frais de poursuites		16 052
Prélèvement sur les recettes de l'État		–104 033
au profit des collectivités territoriales	–85 880	
au profit des Communautés européennes	–18 153	
Recettes diverses : fonds de concours, budgets annexes, comptes spéciaux		141 784
Total		308 183

Crédits de paiement ouverts par mission en 2010 en millions d'euros		
Missions du budget général (extraits)		412 158
Administration générale et territoriale de l'État	2 581	
Agriculture, pêche, alimentation, forêt et affaires rurales	4 044	
Culture	2 922	
Défense	37 088	
Écologie, développement et aménagement durables	13 630	
Économie	8 556	
Enseignement scolaire	61 301	
Plan de relance de l'économie	4 102	
Recherche et enseignement supérieur	46 539	
Régimes sociaux et de retraite	5 727	
Santé	1 185	
Sécurité	16 356	
Sécurité civile	452	
Solidarité, insertion et égalité des chances	12 230	
Sport, jeunesse et vie associative	848	
Travail et emploi	11 397	
Ville et logement	8 283	
Missions de budgets annexes, de comptes et évaluation		138 318
Total		550 476

Figure 7.4. Évaluation des recettes perçues par l'État en 2010 en millions d'euros

Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques[5], la dette publique française était fin 2009 de 1 489 milliards d'euros, soit 77,6 % du PIB. Le déficit public, toujours selon la même source, était de 144,8 milliards d'euros soit 7,5 % du PIB.

Ces chiffres sont très supérieurs aux accords européens qui fixent des limites maximales. Le déficit public et la dette doivent rester, tous deux rapportés au PIB, respectivement inférieurs à 3 % et 60 %.

Un rapport de la CIA (*Central Intelligence Agency*), indique que la France est le 19e pays le plus endetté au monde sur une base de 126 États dont les chiffres sont publiés. Elle se situe entre l'Uruguay et le Portugal.

5 www.lemonde.fr, article du 31 mars 2010.

Budget général		
Ressources		
Recettes fiscales nettes	254 380	
Recettes non fiscales	16 052	
Recettes résultant de fonds de concours	3 122	
Prélèvements au profit des collectivités territoriales et des Communautés européennes	–104 033	
Total ressources	169 521	
Charges		
Dépenses relatives aux missions	412 158	
Dépenses correspondant aux fonds de concours	3 122	
Remboursements et dégrèvements	–93 014	–152 745
Total charges	322 266	
Soldes du budget général = ressources = charges		
Budgets annexes		
Ressources : 2148		
Dépenses : 2147		
Solde des budgets annexes		
Comptes spéciaux		
Total ressources : 136 828		
		3 779
Total charges :	133 049	
Soldes des comptes spéciaux = ressources = charges		
Solde du budget de l'État		–148 965

Figure 7.5. Équilibre budgétaire de l'État en 2010 en millions d'euros

Points clés à retenir

- L'économie de la santé se centre sur la production des biens et des services médicaux, leur distribution et la formation de leur prix.
- Le budget annuel de la santé entre dans le cadre du budget de l'État. La santé en est une des dix fonctions majeures. Ce budget est inscrit dans la Loi de finances qui est débattue, votée et publiée. Elle est aussi une autorisation donnée à l'État quant à ses recettes et ses dépenses.
- Le budget déficitaire depuis trois décennies a conduit à la création d'une dette publique. Le déficit budgétaire et la dette publique dépassent les plafonds instaurés dans la CEE.
- La présence de ces deux éléments conjugués justifie en partie des mesures prises par l'État pour tenter de les freiner, de les réduire, et au mieux les voir disparaître.

LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE FRANÇAIS

Les caractéristiques du système de protection sociale français

Les systèmes de santé sont souvent classés à partir d'une typologie des régimes de couverture sociale européenne selon que la protection maladie est liée à l'origine du travail, financée par des cotisations et gérée par les partenaires sociaux ou est une garantie universelle de l'État, gérée par ses représentants locaux et financée à partir de l'impôt. Ainsi, on distingue : les systèmes bismarckien et béveridgien.

- Le système bismarckien (modèle institué par le chancelier Bismarck) se caractérise par un financement semi-privé couplé à une aide de l'État. La France, le Luxembourg, la Belgique et l'Allemagne utilisent ce système. Les droits sont accordés à celui qui travaille, à sa femme et à ses enfants.
- Le système béveridgien (du nom de Lord Beveridge, père du modèle britannique) a quant à lui été adopté par les pays du nord de l'Europe parmi lesquels la Grande-Bretagne, la Suède et le Danemark. Les droits à une protection sociale de base sont universels et accordés à l'individu.

Les bases du système de protection sociale en France

Le système de santé français repose sur une approche mixte à savoir les principes du libéralisme et ceux de la solidarité, à travers un système de financement socialisé.

Le financement est assuré en majeure partie par la Sécurité sociale, organisme privé créé en 1945 mais en réalité « quasi public » puisqu'encadré par le ministère de la Santé. La part restante est prise en charge par des assurances complémentaires (assurances privées, mutuelles, institutions de prévoyance), l'État et les ménages. En 2000, la Sécurité sociale a repris aux départements, le secteur de l'aide médicale aux plus pauvres.

Les recettes proviennent principalement des employeurs et des assurés et reposent sur des cotisations obligatoires et une petite partie de l'aide de l'État (10 %) à partir du prélèvement sur l'impôt et de taxes diverses.

L'adhésion au système d'Assurance Maladie est soumise à des conditions de montant de contribution et d'heures de travail effectives. Actuellement, 99 % de la population française est couverte par la Sécurité sociale, ce qui n'a pas été toujours le cas.

Au volontariat, les personnes peuvent s'offrir une protection additive sous forme de mutuelle ou d'assurance privée. Des dispositifs sont prévus pour garantir une protection à ceux dont la situation sociale ne le permet pas.

Caractéristiques	Système bismarckien	Système béveridgien	Système français
Couverture	Assurances sociales assises sur la base socioprofessionnelle	Universelle	Assurances sociales assises sur la base socioprofessionnelle initialement, mais diminution progressive du lien travail-statut d'assuré social
Obligation	Pour les salariés qui ont des salaires inférieurs à un plafond	Tous	Tous
Mode financement	Cotisations salariales avec plafond	Impôt	Cotisations et impôt
Mode gestion	Décentralisé par l'intermédiaire des caisses)	Centralisé par l'État et financement en cascade	Décentralisé avec contrôle de l'État
Prestations fournies	Proportionnelle aux salaires et plafonnées	Forfaitaires	Proportionnelles avec existence de minima sociaux

Tableau 7.V. Comparatif des différents systèmes de santé[6]

La notion de risque et les risques couverts en France

Le risque est la probabilité de subir la conséquence néfaste d'environnements ou de situations variés.

Ici, le risque est la probabilité de survenue d'un événement (décès, maladie, chômage, etc.) qui aura des conséquences négatives telles que des pertes financières, à un moment du processus de vie humaine ou sur un intervalle donné.

Se prémunir face au risque, constitue un enjeu pour les individus et la collectivité, de par les conséquences délétères qu'ils peuvent entrainer. Les risques lorsqu'ils sont avérés, peuvent avoir de nombreuses conséquences, cependant deux sont plus particulièrement importantes. Il s'agit de la diminution des revenus qui peuvent être consécutifs à la maladie, l'invalidité, la maternité, le décès et dans le même temps l'augmentation des dépenses du fait de la maladie, de l'invalidité...

6 À partir du document *Économie de la santé*, Dr F. Binder-Foucard, Dr M. Velten ; Maitrise module E06A.

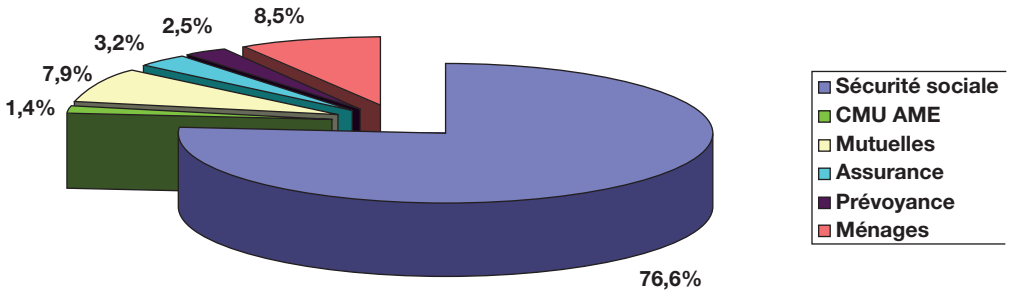


Figure 7.6. Financement de la dépense de soins et de biens médicaux en 2007

Pour répondre à ce besoin légitime de protection contre les risques, les États se doivent d'organiser une réponse à l'échelle nationale. Cette réponse est apportée par l'organisation du système de soins et de son financement, afin d'offrir une protection sociale à l'ensemble de sa population. En France, cette protection est assurée par la Sécurité sociale. Les autres risques, décès, chômage et précarité, sont couverts par d'autres institutions. Cependant, tout individu peut aussi souscrire un contrat de droit privé afin de compléter les dispositifs collectifs existants.

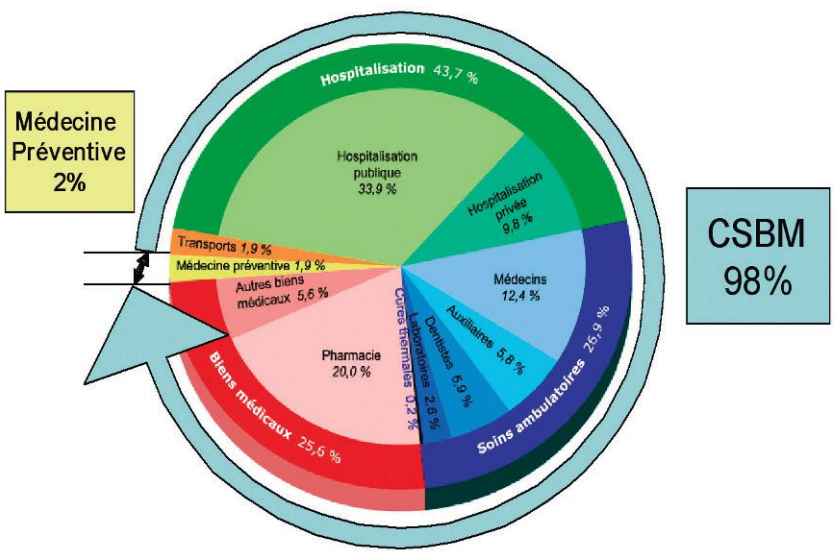


Figure 7.7. Composition en pourcentage des différents postes de la Consommation médicale totale (CMT) en 2006.
CSBM : consommation de soins et biens médicaux
Source : Éco-santé France 2007, d'après la Drees

La Sécurité sociale

L'historique

La Sécurité sociale est créée en France en 1945, sous l'impulsion du général de Gaulle. Cependant, d'autres types de protection l'ont précédée. Aux solidarités restreintes exercées dans le cadre familial ou des métiers (corporations), la Révolution de 1789 et la Déclaration des droits de l'homme ont substitué une conception nouvelle de l'assistance. Les insuffisances et les limites de l'assistance donneront naissance dès le début du XXe siècle aux premières tentatives de création d'une Sécurité sociale qui apparaîtra, dans ses principes et sa forme en vigueur aujourd'hui, en 1945. Jusqu'au XIXe siècle, la protection s'apparente davantage à du secours et c'est principalement le rôle de l'Église, en conformité aux principes moraux, qui l'assure. Cependant, la protection par l'assurance privée est possible mais ne concerne qu'une minorité d'individus.

Au milieu du XIXe siècle naissent des sociétés de secours mutuel (loi du 15 juillet 1850). Fondées sur le modèle associatif, elles prônent la solidarité et l'entraide entre individus. Les cotisations collectées leur permettent d'assurer leur rôle. On dénombre 9 millions de membres dès 1939.

La fin de ce siècle et le début du XXe voient la protection sociale progresser, progression se traduisant par de nombreux textes législatifs ou réglementaires (liste non exhaustive).

- 1898, loi sur les accidents du travail, c'est le premier texte relatif à la protection des travailleurs salariés.
- 1910, loi sur les retraites paysannes et ouvrières.
- 1930, assurance sociale obligatoire couvrant les salariés de l'industrie et du commerce âgés de treize à soixante ans.
- 1932, loi instaurant le versement des allocations familiales (cadre d'une politique nataliste).
- **L'ordonnance du 19 octobre 1945** concerne les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès. Voici quelques extraits des motifs de l'ordonnance[7] :

  – « *La Sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère.* »

  – « *Envisagée sous cet angle, la Sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation nationale d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralité à la fois quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité ; un tel résultat ne s'obtiendra qu'au prix de longues années d'efforts persé-*

7 Site Internet de la Sécurité sociale.

vérants, mais ce qu'il est possible de faire aujourd'hui, c'est d'organiser le cadre dans lequel se réalisera progressivement ce plan. »

- **La loi du 22 août 1946** étend les allocations familiales à pratiquement toute la population.
- **La loi du 30 octobre 1946** intègre la réparation des accidents du travail à la Sécurité sociale.
- **La loi du 22 mai 1946** pose le principe de la généralisation de la Sécurité sociale à l'ensemble de la population mais les professions non salariées non agricoles s'y opposeront.

Plus près de nous, d'autres dates marquent des étapes importantes :

- 1967, création d'organismes nationaux : Caisse nationale de l'Assurance Maladie, Caisse nationale d'allocations familiales, Caisse nationale d'assurance vieillesse dont la gestion est confiée à un quatrième organisme, l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale.
- 1978, généralisation de la Sécurité sociale en matière de maladie, maternité et prestations familiales.
- 1982, retraite à soixante ans pour un assuré qui en demande la liquidation.
- 1988, création du RMI (Revenu minimum d'insertion).
- 1991, création de la CSG (Contribution sociale généralisée).
- 1996, ordonnances pour réorganiser le système.
- 1999, création de la Couverture maladie universelle (CMU) assortie d'une dispense de frais (CMU complémentaire).
- 2004, loi relative à l'Assurance Maladie.

Les principes

La Sécurité sociale repose sur deux principes :

- l'assurance qui garantit à chaque individu des revenus suffisants pour lui-même et sa famille, quelles que soient les circonstances ;
- la solidarité qui permet une redistribution des revenus des plus favorisés vers les moins favorisés – la notion de favorisés ne s'exprimant pas ici uniquement selon un axe riches vers pauvres, mais aussi de célibataire vers les familles, et enfin des jeunes vers les vieux ; l'expression « *solidarité intergénération* » est employée.

La gestion par les caisses

La Sécurité sociale est gérée par des caisses, une caisse étant un organisme chargé de gérer tous les aspects liés à une branche. On distingue trois grandes caisses et une agence :

- la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour les aspects liés à la maladie et à ses conséquences. Au niveau local, elle se subdivise en une centaine de caisses primaires d'Assurance Maladie. Ces caisses mettent en œuvre la politique déterminée par la CNAMTS et les AR ;
- la Caisse d'assurance vieillesse pour la retraite de ses inscrits (CNAV) ;
- la Caisse nationale d'allocations familiales en charge de toutes les prestations sociales ;
- l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS) s'occupe du recouvrement des cotisations sociales.

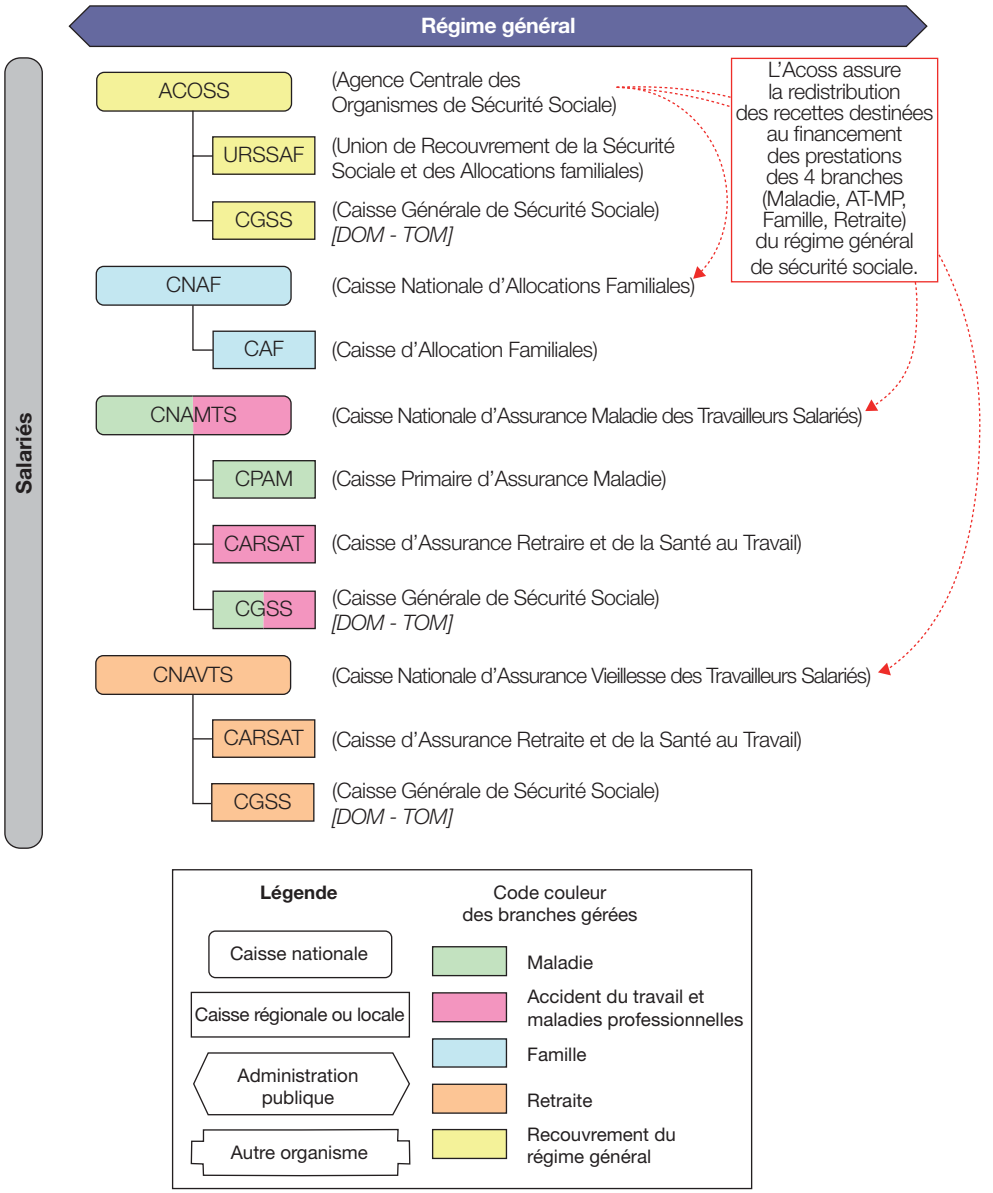

Régime général
Salariés
ACOSS
(Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale)
URSSAF
(Union de Recouvrement de la Sécurité Sociale et des Allocations familiales)
CGSS
(Caisse Générale de Sécurité Sociale) [DOM - TOM]
CNAF
(Caisse Nationale d'Allocations Familiales)
CAF
(Caisse d'Allocation Familiales)
CNAMTS
(Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)
CPAM
(Caisse Primaire d'Assurance Maladie)
CARSAT
(Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail)
CGSS
(Caisse Générale de Sécurité Sociale) [DOM - TOM]
CNAVTS
(Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés)
CARSAT
(Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail)
CGSS
(Caisse Générale de Sécurité Sociale) [DOM - TOM]
L'Acoss assure la redistribution des recettes destinées au financement des prestations des 4 branches (Maladie, AT-MP, Famille, Retraite) du régime général de sécurité sociale.
Légende
Caisse nationale
Caisse régionale ou locale
Administration publique
Autre organisme
Code couleur des branches gérées
Maladie
Accident du travail et maladies professionnelles
Famille
Retraite
Recouvrement du régime général

Figure 7.8. Schéma des caisses et agence d'après le site de la Sécurité sociale

Le financement des soins et de la santé

La France s'est rapprochée de la structure moyenne de financement de la protection sociale des pays de l'Union européenne, même si elle demeure parmi les pays mettant le plus à contribution les revenus du travail.

Le financement est principalement assuré par des cotisations sociales assises sur le travail salarié.

Les cotisations sociales sont des versements obligatoires effectués par les non-salariés, les employeurs et leurs salariés pour acquérir des droits à des prestations sociales. Il existe cinq cotisations de Sécurité sociale qui correspondent aux différents risques couverts. Il s'agit des cotisations :

- d'Assurance Maladie-maternité-invalidité-décès ;
- d'assurance vieillesse ;
- d'assurance veuvage ;
- d'accidents du travail.
- Enfin, depuis le 1er juillet 2004, la nouvelle Contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) a été mise en œuvre. Elle est due par les employeurs privés et publics redevables de la cotisation patronale d'Assurance Maladie. Son taux est de 0,3 %.

L'autre source de financement provient de la fiscalité par les « impôts et taxes affectés » (Itaf) qui constitue une part croissante des ressources de la protection sociale (21,4 % en 2007, hors transferts). Cette progression répond à la nécessité de ne pas faire peser le financement des prestations sociales uniquement sur les revenus du travail, et de distinguer le financement des prestations relevant de la solidarité nationale de celles de l'assurance.

Les « impôts et taxes affectés » sont des ressources fiscales affectées au financement des prestations sociales ou au financement des dépenses spécifiques de certains régimes d'assurances sociales. On distingue :

- les transferts de ressources fiscales versés de manière permanente au régime des exploitants agricoles ;
- les impôts sur les produits (droits de consommation sur les alcools et le tabac, taxes sur les assurances automobiles, taxe sur les activités polluantes…) ;
- les impôts sur les salaires et la main-d'œuvre ;
- les impôts sur le revenu et le patrimoine. Ces derniers constituent la part la plus importante des « impôts et taxes affectés ». La Contribution sociale généralisée (CSG), créée en 1991, est la principale ressource de ce type (64,8 % des impôts et taxes affectés en 2007). S'y ajoutent le prélèvement de 2 % sur les revenus des capitaux et des valeurs mobilières, et d'autres contributions plus mineures.

Ces prélèvements ont connu depuis 1978 une forte croissance, puisqu'ils sont passés de 16 % du PIB, à plus de 22 % en 2006.

Les relations financières avec l'État sont complexes. L'État doit reverser à la Sécurité sociale le produit de diverses taxes sur des produits affectant la santé (le tabac, l'alcool, etc.). Les contributions publiques de l'État (9,9 % en 2007) financent des dépenses de solidarité (ex : RMI, Fonds de solidarité vieillesse), une partie des exonérations de cotisations employeurs pour les bas salaires, et subventionnent des régimes de façon permanente ou en cas de difficultés (ex. : les régimes de retraite de certaines professions dans lesquelles le nombre d'actifs cotisants est inférieur au nombre de retraités.

Les différents régimes

À l'origine, la Sécurité sociale était réservée aux salariés et à leurs familles. Peu à peu, elle s'est étendue aux différentes professions. Cependant, l'harmonisation n'a pu être réalisée et de nombreux régimes perdurent et se côtoient. Ils offrent tous une protection sociale à leurs assurés.

- Le régime général dont bénéficient plus de quatre personnes sur cinq en France. Il concerne les salariés du secteur privé du commerce et de l'industrie et les gens de maison.
- Le régime agricole qui regroupe d'une part les salariés agricoles pour qui les prestations sont proches du régime général et d'autre part les exploitants agricoles qui ne bénéficient que d'une protection partielle (maladie, maternité et invalidité).
- Le Régime social des indépendants (RSI) destiné aux artisans, aux commerçants, aux industriels et professions libérales, soit plus de trois millions de personnes.
- Les nombreux régimes spéciaux qui sont des régimes constitués majoritairement avant 1945. On y retrouve les salariés de la SNCF, de la RATP, des mines, ceux issus des professions maritimes mais aussi les notaires et les étudiants. Les fonctionnaires ne sont couverts que pour les risques vieillesse et accident du travail. Pour eux, les autres risques sont couverts par le régime général. C'est probablement les régimes les plus décriés. Les salariés bénéficient parfois d'avantages différents, dont l'âge de départ à la retraite. Les partisans d'une réforme contestent certaines dispositions de ces régimes car elles étaient liées à des conditions de travail qui n'existent plus aujourd'hui.

Les conditions pour bénéficier de la Sécurité sociale

Pour bénéficier de la Sécurité sociale, les personnes doivent répondre à certaines conditions :

- être ressortissant de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen. Dans ce cas, le traitement est identique à celui des Français sans condition spécifique liée à la nationalité étrangère ;
- le ressortissant d'un autre pays doit être en situation régulière au regard du séjour (titre de séjour en cours de validité) ;
- la régularité du séjour n'est pas exigée en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, en cas de séjour irrégulier, la responsabilité civile et pénale de l'employeur sera engagée ;
- être à jour de ses cotisations, l'ayant droit ne cotise pas ;
- être dans l'une des situations suivantes permet de bénéficier de la couverture : titulaire de rentes ou d'allocation, détenu, demandeur d'asile, travailleur saisonnier, couvert par une assurance personnelle, bénéficiaire du Revenu de solidarité active (RSA).

Les branches de la Sécurité sociale

L'Assurance Maladie constitue une des branches de la Sécurité sociale qui en comporte quatre : maladie, famille, vieillesse et accident du travail. Ces différentes branches ne sont pas cloisonnées d'un point de vue financier.

La branche maladie

L'Assurance Maladie prend en charge :

– les frais de médecine générale et spéciale ;

– les frais de soins et de prothèses dentaires ;
– les frais pharmaceutiques et d'appareillage ;
– les frais d'analyses et d'examens de laboratoire ;
– les frais d'hospitalisation et de traitement lourds dans les établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle ;
– les frais d'examen prénuptial ;
– les frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté ;
– les frais relatifs aux examens de dépistage effectué dans le cadre de programmes de santé publique ;
– les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle ;
– les frais de transport des malades dans des conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport ;
– en cas d'arrêt-maladie, l'Assurance Maladie octroie, quand la législation le prévoit, des indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant de continuer ou de reprendre le travail. L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain journalier de base et est majorée en fonction du nombre d'enfants à charge.

■ Les modalités de prises en charge

Pour une prise en charge par l'Assurance Maladie, les soins et produits doivent remplir deux conditions :

– être dispensés par un établissement public ou privé autorisé ou un praticien ou personnel paramédical dûment habilité à exercer ;
– figurer dans la nomenclature des actes professionnels ou sur la liste des médicaments et produits remboursables.

L'Assurance Maladie intervient sur la base de tarifs fixés par convention ou d'autorité. Tout dépassement par rapport à ces tarifs est à la charge de l'assuré ou d'une protection complémentaire. Tel est le cas pour les médecins qui ont opté pour le secteur 2 et qui pratiquent des tarifs supérieurs au tarif conventionnel. L'Assurance Maladie ne prend pas en charge la totalité de la dépense dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations. Une participation (ticket modérateur) est laissée à la charge de l'assuré. Elle peut être proportionnelle ou forfaitaire et varier selon les catégories de prestations. Toutefois, cette participation est limitée ou supprimée pour les soins les plus coûteux notamment en cas d'hospitalisation ou lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulière coûteuse. Cette participation ne doit pas être confondue avec le forfait journalier exigé en cas de séjour en établissement non pris en charge par l'Assurance Maladie. En principe, l'assuré est tenu de faire l'avance des frais, la Sécurité sociale remboursant ensuite à l'assuré. Toutefois, il existe de nombreuses conventions de « tiers payant » prévoyant le paiement direct pour la caisse au prestataire de service.

■ Les bénéficiaires

L'Assurance Maladie reste marquée par son histoire et le régime dont dépend un assuré dépend de son activité professionnelle présente ou passée. Toutefois, pour les personnes ne

remplissant pas les conditions d'affiliation à un régime sur la base professionnelle mais résidant en France depuis au moins trois mois en situation régulière, il existe une couverture maladie universelle.

L'assuré ouvre droit aux prestations en nature de l'Assurance Maladie et maternité à :

– son conjoint, concubin ou pacsé lorsqu'il ne bénéficie pas d'un régime de protection sociale ;
– les enfants à sa charge ou à la charge de son conjoint, concubin, pacsé jusqu'à 20 ans maximum ;
– toute personne à la charge effective et permanente de l'assuré ne bénéficiant pas d'un régime de protection sociale.

La couverture maladie universelle

La loi portant création d'une couverture maladie universelle met en place à compter du 1er janvier 2000 deux droits fondamentaux pour l'accès aux soins :

– un droit immédiat à l'Assurance Maladie pour toute personne en résidence stable et régulière sur le territoire, aussi bien métropolitain que dans les DOM ;
– un droit pour les plus défavorisés, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire gratuite, avec dispense d'avance des frais (« tiers payant »).

Le premier volet, pour la couverture de base, améliore l'accès aux soins de personnes en situation de grande exclusion, mais aussi de nombreuses personnes momentanément ou durablement dépourvues de droit à l'Assurance Maladie. Il simplifie également nombre de situations, en posant le principe de la continuité des droits : une caisse ne pourra cesser de verser les prestations que si une autre caisse prend le relais à un autre titre ou si l'assuré quitte le territoire national. La loi sur la CMU prévoit, pour les personnes affiliées à l'assurance personnelle qui est supprimée, une affiliation au régime général sur critère de résidence. Seuls les assurés dont les revenus fiscaux dépassent un seuil, paieront une cotisation, calculée sur les revenus excédant ce seuil.

Le second volet, la création d'une couverture complémentaire gratuite, au titre de la solidarité nationale, s'ajoute à la prise en charge des soins par l'Assurance Maladie. Cette réforme touche les 10 % les plus défavorisés de la population, répondant à des critères de ressources et de résidence.

Matérialisation de l'affiliation

La carte vitale est un des témoins matériels de cette affiliation.

Elle permet d'être remboursée par la Sécurité sociale d'une partie des frais, d'obtenir une rente ou des indemnités compensatrices. La partie qui reste à la charge de la personne s'appelle le ticket modérateur. La carte est demandée dans les lieux de prestations sanitaires tels que le médecin traitant, le pharmacien ou lors d'une hospitalisation…

Dotée d'une puce, elle contient les informations utiles et nécessaires à la gestion de la situation de la personne, son affiliation, son adhésion ou non à une mutuelle. L'usage qui en est fait est encadré par la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 août 2004 et sa version consolidée du 14 mai 2009.

La branche accidents du travail et maladies professionnelles

L'assurance accidents du travail et maladies professionnelles constitue une branche de la Sécurité sociale souvent gérée par les mêmes organismes que la branche maladie. C'est la

législation de Sécurité sociale la plus ancienne : elle relève de principes qui remontent à l'année 1898 et qui ont été repris dans la loi du 31 décembre 1946.

■ **Les définitions**

On distingue trois notions qui ont les mêmes conséquences pour les assurés, c'est-à-dire une indemnisation plus favorable que celle de l'Assurance Maladie.

L'accident du travail est l'accident qu'elle qu'en soit la cause, survenu par le fait ou à l'occasion d'un travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelques lieux que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.

L'accident du trajet est l'accident survenu aux mêmes personnes sur le trajet entre leur lieu de travail et leur domicile ou à l'occasion d'une mission effectuée pour le compte de l'employeur.

Une maladie professionnelle est une maladie présumée d'origine professionnelle lorsqu'elle est inscrite sur une liste – présentée sous forme de tableau – portant indication d'un côté des affections considérées comme professionnelles, et de l'autre des travaux susceptibles de les provoquer et de la durée d'incubation. Pour les maladies non inscrites sur une liste, il appartient à l'assuré d'apporter la preuve, par expertise individuelle, le cas échéant, de son origine professionnelle.

■ **Les prestations**

Dûment constaté, l'accident du travail, l'accident du trajet ou la maladie professionnelle entraîne pour la victime une prise en charge totale par la Sécurité sociale des soins et des actions de rééducation fonctionnelle et professionnelle. Les indemnités journalières sont majorées. En cas de réduction définitive de la capacité de travail, la victime a droit :

– à un capital, lorsque le taux de cette incapacité permanente est inférieur à 10 % ;

– à une rente, lorsque ce taux est égal ou supérieur à 10 %. En cas de décès de l'assuré et ses ayants droit (conjoint, enfants et descendants à charge) perçoivent une rente.

Ces règles s'appliquent aux secteurs professionnels couverts par la « branche accidents du travail et maladies professionnelles », mais aussi aux agents non titulaires de la fonction publique, aux ouvriers de l'État du ministère de la Défense, aux agents de la SNCF, aux agents des industries électriques et gazières, aux agents de la régie autonome des transports parisiens et dans le régime minier. En revanche, les fonctionnaires de l'État, des hôpitaux et des collectivités territoriales relèvent d'autres systèmes d'indemnisation.

■ **L'évolution de la branche**

Le domaine de la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles est en pleine évolution. Le développement des systèmes d'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation, des victimes du VIH par transfusion sanguine, des victimes d'actes de terrorisme, des victimes d'infraction et des victimes d'accidents médicaux ne peut qu'avoir des répercussions profondes sur la réparation des mêmes préjudices lorsqu'ils ont un caractère professionnel.

Les années récentes sont également marquées par la progression importante des maladies résultant de l'exposition à l'amiante et en conséquence par le développement de systèmes spécifiques de solidarité en faveur des victimes de l'amiante.

La branche famille

■ **Les prestations familiales**

Les prestations familiales comprennent :

– **les Allocations familiales (AF)** attribuées à partir du 2e enfant à charge, d'un montant fixe par enfant à partir du 3e enfant ;
– **la Prestation d'accueil du jeune enfant (Paje)** attribuée aux enfants nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2004. Elle comprend :
  – **une prime à la naissance ou à l'adoption** attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond pour chaque enfant né ou à naître ; elle est versée au 7e mois de grossesse ou lors de l'arrivée de l'enfant au foyer des parents adoptants. Le plafond de ressources est majoré en cas de double activité des parents ou en cas d'isolement,
  – **une allocation de base** attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond pour chaque enfant né ou à naître, dans les mêmes conditions que pour la prime à la naissance ou à l'adoption ; elle est versée du mois de la naissance de l'enfant jusqu'à ses trois ans ou du mois de son adoption pendant une durée de 36 mois,
  – **un complément de libre choix d'activité** attribué à taux plein au parent qui n'exerce plus d'activité professionnelle ou à taux partiel au parent qui exerce une activité professionnelle ou une formation professionnelle rémunérée à temps partiel pour s'occuper d'un enfant de moins de 3 ans. Elle est versée pour une durée de 6 mois lorsqu'il s'agit d'un premier enfant et jusqu'aux 3 ans de l'enfant s'il s'agit d'une deuxième naissance ou d'une naissance de rang supérieur. En cas de naissances multiples d'au moins trois enfants, elles versée jusqu'au 6e anniversaire des enfants issus de la naissance multiple. Ce complément bénéficie à toute personne remplissant une condition d'activité antérieure de deux ans au cours d'une période de référence qui varie selon le rang de l'enfant ouvrant droit au complément,
  – **un complément de libre choix du mode de garde** attribué au ménage ou à la personne exerçant une activité professionnelle et employant une assistante maternelle agréée ou à une garde à domicile pour la garde d'un enfant de moins de 3 ans. Ce complément est attribué à taux réduit pour les enfants âgées de 3 à 6 ans. Il se compose d'une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales dues pour l'emploi et d'une somme prenant en charge 85 % du salaire dans la limite d'un plafond variable en fonction des revenus de la famille. Enfin, ce complément sera attribué aux personnes qui recourent à un organisme privé pour assurer la garde de leurs enfants selon des modalités spécifiques dès lors qu'elles répondent aux conditions de droit de ce complément et que l'enfant est gardé un minimum d'heures.
– **le Complément familial (CF)** attribué au ménage ou à la personne dont les ressources n'excédent pas un plafond et qui assure la charge d'un nombre d'enfants ayant tous au moins l'âge au-delà duquel l'allocation pour jeune enfant ne peut plus être prolongée ;
– **l'Allocation d'éducation spéciale (AES)** attribuée à toute personne ayant la charge d'un enfant handicapé jusqu'au 20e anniversaire de l'enfant où jusqu'à 16 ans s'il perçoit plus de 55 % du Smic ;
– **l'Allocation de soutien familial (ASF)** attribuée au conjoint survivant ou parent isolé ou à la famille d'accueil pour élever un enfant orphelin ou en cas de non-paiement de pension alimentaire ;

– **l'Allocation de rentrée scolaire (ARS)** attribuée sous condition de ressources pour les enfants âgés de moins de 18 ans qui poursuivent leurs études ou placés en apprentissage sous réserve que leur rémunération n'excède pas 55 % du Smic ;
– **l'Allocation de parent isolé (API)** attribuée sous condition de ressources aux personnes qui assument seules la charge d'au moins un enfant ou enceinte sans autre enfant à charge ;
– **l'Allocation de logement à caractère familial (ALF)** attribuée sous condition de ressources, de salubrité et du peuplement du logement, aux ménages qui selon les cas :
  – perçoivent une prestation familiale,
  – n'ont pas de droit aux prestations familiales mais ont un enfant à charge,
  – sont mariés depuis moins de 5 ans,
  – ont à charge un ascendant âgé de plus de 65 ans (ou de 60 ans en cas d'inaptitude au travail),
  – ont à charge un ascendant, un descendant ou un collatéral infirme ;
– **l'Allocation de logement à caractère social (ALS)** attribuée sous condition de ressources, de salubrité et de peuplement des logements, aux personnes âgées, aux personnes handicapées, à certains demandeurs d'emploi, aux bénéficiaires du RMI.

Depuis le 1er janvier 2004, la Paje remplace 5 prestations existantes :

– **l'Allocation pour jeune enfant (APJE)** (pour les enfants nés ou adoptés avant le 1er janvier 2004) attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond pour chaque enfant né ou à naître, elle se décompose en deux périodes, la première du 4e mois de la grossesse jusqu'au trois mois de l'enfant, la seconde de 3 mois aux 3 ans de l'enfant ;
– **l'Allocation parentale d'éducation (APE)** (pour les enfants nés ou adoptés avant le 1er janvier 2004) attribuée au parent qui n'exerce plus d'activité professionnelle ou exerce à temps partiel lors de l'arrivée au foyer d'un deuxième enfant ou d'un enfant de rang supérieur jusqu'au 3e anniversaire de l'enfant ;
– **l'Allocation d'adoption (AAD)** attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond pour chaque enfant adopté ou recueilli avant le 1er janvier 2004 ; elle est versée pendant 21 mois à partir du mois suivant son arrivée au foyer ; elle est cumulable pendant neuf mois avec l'allocation pour jeune enfant ou avec une allocation d'adoption versée pour un autre enfant ;
– **l'Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA)** (pour les enfants nés ou adoptés avant le 1er janvier 2004) attribuée au ménage ou à la personne employant une assistante maternelle agréée pour assurer la garde au domicile de celle-ci d'un enfant âgé de moins de 6 ans ;
– **l'Allocation de garde d'enfant à domicile (AGED)** (pour les enfants nés ou adoptés avant le 1er janvier 2004) attribuée au ménage ou à la personne exerçant une activité professionnelle employant à leur domicile une personne pour garder un enfant de moins de 6 ans. La branche famille verse aussi l'allocation aux adultes handicapées (AAH) et le revenu minimum d'insertion (RMI).

Les bénéficiaires

Les prestations familiales sont attribuées à toute personne française ou étrangère résidant en France, ayant à sa charge un ou plusieurs enfants résidants en France de moins de 20 ans (ou 21 ans pour les allocations de logement à caractère familial et le complément familial).

La branche vieillesse

L'ensemble des régimes obligatoires de base ou complémentaires de retraites fonctionne en France sur le mode de la répartition. Les régimes redistribuent au cours d'une année, sous forme de pensions versées aux retraités, les cotisations encaissées la même année auprès des actifs Si les règles des différents régimes de retraite en France répondent à des conceptions différentes, elles reposent toutefois sur des principes communs. Tous les régimes obligatoires, à des degrés divers, intègrent des mécanismes de solidarité :

- solidarité entre les générations, puisqu'ils sont en répartition ;
- solidarité à l'intérieur d'une même génération, dans la mesure où ils organisent de larges redistributions entre les différentes catégories socioprofessionnelles et les sexes.

Ces principes de solidarité s'exercent à la fois au sein des régimes, entre les régimes, et au-delà des régimes au niveau national. Au sein des régimes, quatre mécanismes interviennent :

- le taux de cotisation n'est pas modulable en fonction des écarts d'espérance de vie. Le système s'éloigne donc d'une logique de pure assurance ;
- les aléas de carrière sont pondérés dans les régimes de base surtout, avec l'attribution d'un minimum de pension et la prise en compte de périodes peu ou pas travaillées ;
- le calcul des pensions intègre les avantages liés à la famille ;
- tous les régimes attribuent, avec ou sans condition de ressources, des pensions de réversion au conjoint survivant.

Entre les régimes, il existe :

- des transferts, et donc une solidarité, entre les régimes de base ;
- des mécanismes de coordination inter-régimes.

La solidarité au niveau national prend différentes formes :

- une pension minimum (le minimum vieillesse) attribuée à toutes les personnes âgées qui disposent de faibles ressources ;
- des subventions de l'État attribuées à certains régimes : exploitants agricoles, SNCF, RATP, mines, marins, etc. ;
- diverses taxes affectées aux régimes de retraite ;
- le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) verse le minimum vieillesse et certains avantages familiaux. Il verse aussi des cotisations au titre du service militaire, du chômage et de la préretraite.

Le système de retraite en France est organisé en trois niveaux : un régime de base obligatoire, un régime complémentaire souvent obligatoire, un régime facultatif.

Le minimum vieillesse

Créé en 1956, le minimum vieillesse est une garantie pour toute personne âgée résidant en France de bénéficier d'une somme minimale pour vivre. Il a été institué pour les personnes

âgées qui n'ont pas acquis de droits suffisants pour obtenir l'assurance vieillesse de la Sécurité sociale. L'accès au minimum vieillesse est soumis à des conditions :

– d'âge : 65 ans (ou 60 ans si la personne est invalide ou inapte au travail) ;

– de ressources ;

– de résidence régulière en France.

■ **Les prestations versées aux conjoints veufs**

Le conjoint survivant dépourvu de ressources ou dont les ressources propres sont insuffisantes bénéficie d'une pension de réversion, calculée en fonction de la pension dont bénéficiait ou aurait bénéficié le conjoint décédé. Dans les régimes spéciaux, la pension de réversion est versée sans condition d'âge (sauf exception).

Dans le régime général, elle est versée à partir de 55 ans. Avant cet âge, les personnes veuves sont éligibles à l'assurance veuvage. L'allocation veuvage est versée, sous condition de ressources, pendant deux ans, aux personnes ayant été mariées âgées de moins de 55 ans au moment de la demande assurant ou ayant assuré la charge d'au moins un enfant.

Les autres risques sociaux (décès chômage, précarité) sont couverts par d'autres institutions. Le dispositif social est complété par l'aide sociale de l'État et des collectivités locales, l'indemnisation du chômage par l'Unedic, la protection complémentaire maladie (au-delà de la couverture par la Sécurité sociale, branche maladie) par les mutuelles, la retraite complémentaire par des organismes comme l'Agirc et l'Arco, des allocations versées par des organismes comme la Caisse des dépôts et consignations. Des contrats de droit privé avec des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance complètent le dispositif.

Les mutuelles et l'assurance volontaire

Les mutuelles sont des structures qui proposent aux assurés sociaux un complément de couverture sociale ou un complément retraite. Elles sont régies ainsi que leur fonctionnement par le Code des mutuelles. Elles se caractérisent par les éléments suivants :

- regroupement de personnes morales de droit privé à but non lucratif, elles ne peuvent donc pas faire de bénéfice, dans un tel cas, celui-ci devra être réinvesti ou réparti au profit des adhérents ;
- immatriculation au registre national des mutuelles ;
- action dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit ;
- action de prévoyance, de solidarité et d'entraide ;
- contribution au développement culturel, moral, intellectuel et physique, amélioration des conditions de vie ;
- cotisations indépendantes de l'état de santé de l'adhérent ;
- interdiction d'utiliser un questionnaire médical ;
- gestion par un conseil d'administration élu par les adhérents et une assemblée générale.

La Fédération nationale de la mutualité française, qui a un rôle de représentation, notamment auprès des pouvoirs publics, regroupe pratiquement toutes les mutuelles.

Toute personne affiliée à la Sécurité sociale peut compléter au volontariat sa couverture sociale obligatoire par une mutuelle, ce qui lui permettra de bénéficier de prestations complémentaires dont la principale reste un meilleur taux de remboursement. Lors d'une hospitalisation, le ticket modérateur est systématiquement considéré alors que la prise en charge du forfait hospitalier est variable selon les mutuelles.

Par ailleurs, tout individu majeur peut contracter en son nom un contrat d'assurance privée auprès de compagnies d'assurances.

Ces compagnies exercent dans un but lucratif et souhaitent donc faire des bénéfices. Certaines d'entre elles ont instauré une sélection des risques couverts et pratiquent l'utilisation d'un questionnaire médical.

Elles peuvent refuser d'assurer une personne ou proposer des primes proportionnelles aux risques réels ou potentiels de la personne.

Il existe aussi des mutuelles d'assurances, initialement réservées au contrat d'assurance automobile ou habitation, qui ont étendu leur champ d'action au domaine de la santé.

La prise en charge et le remboursement

Les frais d'hospitalisation et le remboursement

L'hospitalisation dans un établissement public ou une clinique privée conventionnée, donne lieu à remboursement par l'Assurance Maladie des frais d'hospitalisation à hauteur de 80 %. Les 20 % restants sont pris en charge par les mutuelles. Le forfait hospitalier peut être pris en charge par les mutuelles selon les contrats, à moins de remplir les conditions d'exonération.

Les frais pris en charge par l'Assurance Maladie concernent également une partie des soins réalisés avant ou après une hospitalisation.

Par exemple, un patient sera remboursé à 70% lors d'une consultation chez un anesthésiste, avant une opération, et à 60% en cas de besoin de séances de rééducation après une intervention chirurgicale.

Les frais restants à la charge du patient sont :

- le montant du **ticket modérateur**, c'est-à-dire la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'Assurance Maladie (20 % des frais d'hospitalisation), ainsi que le forfait journalier qui représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation (frais dits d'hôtellerie) ;
- les **éventuels suppléments pour confort personnel**, comme une chambre individuelle, le téléphone, la télévision, etc. ;
- les **dépassements d'honoraires médicaux** ;

Toutefois, ces frais peuvent être remboursés par une mutuelle ou une assurance santé complémentaire.

En cas de ressources insuffisantes pour régler les frais d'hospitalisation, deux recours sont possibles :

- déposer une demande de CMU complémentaire ;

■ **ou** déposer une demande de prise en charge au titre de l'action sanitaire et sociale de la caisse d'Assurance Maladie.

Les cas de prise en charge à 100 %[8]

Attention : quelle que soit la situation, cette prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie ne s'applique ni au forfait hospitalier, lorsqu'il est dû, ni aux frais de confort personnel.

Les frais d'hospitalisation sont intégralement remboursés dans les situations suivantes :

■ hospitalisation de plus de trente jours consécutifs (la prise en charge à 100 % débute alors le 31e jour) ;

■ hospitalisation pendant les 4 derniers mois de grossesse, pour l'accouchement, ou pendant 12 jours après ;

■ hospitalisation du nouveau-né, pendant les 30 jours suivant la naissance ;

■ hospitalisation en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;

■ hospitalisation en raison d'une affection de longue durée ;

■ hospitalisation d'un enfant mineur, suite à des sévices sexuels ;

■ perception d'une rente pour un accident du travail (avec un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66,66 %). Les ayants droit bénéficient eux aussi de cette prise en charge à 100 % ;

■ titulaires d'une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou veuve invalide, d'une pension vieillesse qui a remplacé une pension d'invalidité, ou d'une pension militaire ;

■ bénéficiaires de la CMU ou de l'aide médicale de l'État.

La prise en charge des soins infirmiers

En France, la prise en charge des soins infirmiers n'est possible que s'ils sont inscrits à la NGAP[9], et relèvent d'une prescription médicale. La prise en charge se décompose de la façon suivante :

■ 60 % sont pris en charge par la Sécurité sociale ;

■ 40 % représentent la part du ticket modérateur. Ils sont pris en charge par le régime complémentaire du patient, autrement dit par la mutuelle, si ce dernier en a souscrit une.

Il existe des exceptions de prise en charge, en fonction des ressources ou de la pathologie du patient. La Sécurité sociale règle la totalité des soins en cas :

■ d'affection de longue durée ;

■ de grossesse (les soins infirmiers en rapport avec la grossesse sont remboursés à 100 %, du 6e mois de grossesse au 12e jour après l'accouchement, ou à 21 jours en cas de césarienne) ;

■ de CMU ;

■ d'AME.

En cas d'accident du travail déclaré, c'est l'employeur qui règle la totalité des dépenses de santé.

8 Il s'agit des affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse pour lesquelles il y a la suppression du ticket modérateur.

9 Nomenclature générale des actes professionnels.

Dans tous les cas, un forfait de 20 centimes par acte reste à la charge du patient, dans la limite de 2 € par jour et de 50 € par an, à l'exception d'une situation d'accident du travail déclaré ou de grossesse.

Les soins effectués sans ordonnance ou sans attestation d'assuré social sont à régler directement auprès de l'infirmier.

La pratique du tiers payant

Le tiers payant est une mesure qui vise à éviter l'avance de frais pour les soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonné. Seules les dépenses prises en charge par la Sécurité sociale sont concernées. Si le patient dispose d'une mutuelle, il ne fera aucune avance d'argent. Pour cela, il doit apporter la preuve de sa couverture sociale et doit présenter obligatoirement : son ordonnance, sa carte vitale mise à jour, son attestation de mutuelle.

La prise en charge de la part mutuelle n'est possible que s'il existe une convention entre cette mutuelle et le cabinet de soins, la pharmacie…

La pratique du tiers payant généralisé (quel que soit le professionnel de santé concerné) évite au patient :

- d'avancer les frais ;
- l'envoi de feuille de soins auprès de sa caisse d'Assurance Maladie et de sa mutuelle ;
- la vérification du bon remboursement des frais viré sur son compte.

Dans ce cas, c'est le professionnel de santé qui se charge de toutes les démarches.

Le dispositif vu précédemment vise à financer pour une grande partie les dépenses de santé.

Le financement des établissements de santé

L'État prévisionnel des recettes et des dépenses

Le budget des établissements publics de santé répond à cinq grands principes :

- l'annualité ; les dépenses et les recettes sont prévisionnelles pour l'année à venir, sauf en ce qui concerne les investissements ;
- l'unité ; il n'existe qu'un document unique spécifiant les recettes et les dépenses ;
- l'universalité ; les recettes et les dépenses font respectivement l'objet d'une écriture précise, avec l'interdiction formelle de compensation ou de contraction entre les recettes et les dépenses ;
- la spécialisation ; les crédits sont affectés par chapitre ;
- l'équilibre entre les recettes et les dépenses.

Le budget des établissements de santé est un outil ancien, issu du décret de 1962 qui a lui aussi été impacté par les différentes réformes. Évolution du vocabulaire tout d'abord puisqu'il devient l'EPRD, c'est-à-dire l'État prévisionnel des recettes et des dépenses.

Ainsi, l'EPRD est l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses des organismes publics, il constitue un outil de pilotage par les recettes, un outil de prévision budgétaire et financière. Il est basé sur les prévisions de recettes (recettes toujours incertaines, puisque

directement liées à l'activité de l'établissement). Les dépenses quant à elles sont encadrées et autorisées par les autorités de tutelle, elles sont normalement finançables à partir de l'activité.

Cette conception nécessite un suivi régulier pour s'assurer que l'activité est présente et conforme aux prévisions. En cas de difficultés, des mesures s'imposent pour maintenir l'activité ou retrouver l'activité antérieure, ce qui nécessite une grande réactivité de la part des établissements.

Le budget se caractérise par deux grandes sections qui sont : l'investissement et le fonctionnement.

- L'investissement correspond au développement du patrimoine il est représenté par : le remboursement des emprunts, les immobilisations...
- Le fonctionnement ou l'exploitation correspond :
  - aux dépenses qui permettent le fonctionnement de la structure : la masse salariale est l'élément majeur (environ 65 %), dépenses d'énergie, l'achat des médicaments, des consommables, etc.,
  - aux recettes liées directement à l'activité : paiement des actes par la Sécurité sociale, forfait hospitalier, ticket modérateur payé par les usagers ou les mutuelles...

La majeure partie des recettes des établissements est réalisée à partir de la tarification à l'activité qui consiste pour l'Assurance maladie à rémunérer les hôpitaux publics à l'acte médical avec notamment une tarification des différentes pathologies à la place d'une dotation budgétaire forfaitaire.

La tarification à l'activité

La tarification à l'activité, dite T2A, est issue de la réforme hospitalière « Plan Hôpital 2007 ». Son introduction mise en place de manière progressive à partir de 2004 implique une évolution radicale dans le mode de financement des établissements de santé publics et privés puisque les ressources sont calculées à partir d'une estimation de l'activité, et donc de recettes. Ce sont elles qui déterminent les dépenses et non l'inverse : la logique de résultats prend le pas sur la logique de moyens.

Elle s'applique actuellement aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements. Par le biais des systèmes informatiques, chaque patient est suivi, depuis son arrivée aux urgences, par exemple, jusqu'aux consultations postopératoires. Dans la mesure où à chaque acte ou à chaque groupe de malades correspond un tarif, l'hôpital peut établir un chiffre d'affaires prévisionnel, identifiant précisément ses dépenses et ses recettes qu'il cherchera à optimiser. Cette réforme implique qu'activité médicale et gestion économique se rejoignent et se complètent, obligeant par là même le monde médical et les gestionnaires à une collaboration active à la gouvernance de l'établissement. Ainsi les médecins « responsables de pôle » ou « chefs de service » doivent-ils participer à l'élaboration d'un budget prévisionnel.

L'activité doit être suivie de la saisie des données (le codage) car une activité non saisie ne pourra faire l'objet d'une recette. On comprend dès lors l'importance d'un système informatique performant et l'implication de tous les acteurs de l'hôpital pour faire en sorte que toute activité se traduise par une recette.

Si un accouchement normal est « tarifé » à 3 000 euros, avec la T2A cela signifie que les recettes d'un établissement seront liées au nombre d'accouchements réalisés au cours d'une année. Un établissement qui effectue 2 500 accouchements percevra donc 7 500 000 € de recettes versées par l'Assurance Maladie.

Les autres systèmes de santé

La France, la Belgique, l'Allemagne, la Grande-Bretagne et le Danemark sont les pays où la proportion du financement public est la plus grande. Cependant, la comparaison d'État à État reste difficile en raison de changements nombreux dans les modes de financement, mais aussi de modes de prise en charge qui diffèrent à pathologie égale.

L'Italie, le Portugal, l'Espagne et la Grèce ont des systèmes mixtes (impôts et assurances) avec des spécificités propres à chaque pays.

En Italie, les régions ont reçu une compétence législative en matière sanitaire. Elles sont responsables de l'équilibre budgétaire. L'obligation de consultation du médecin référent avant celle d'un spécialiste ou d'un service hospitalier et le développement du dossier médical informatisé relèvent de leurs compétences. L'État fixe le plan sanitaire, les niveaux d'assistance, la politique salariale des personnels de santé, l'admission au remboursement et la fixation des prix des médicaments.

En Espagne, le système national de santé est caractérisé par la gratuité, une couverture universelle, un financement public et une gestion décentralisée. Le financement direct du système est majoritairement assumé par les dix-sept communautés autonomes assimilables à des États fédérés. En concertation avec l'Institut national de gestion sanitaire, elles édictent leurs propres règles et procédures de gestion, de suivi et de contrôle des prestations. Le secteur privé occupe une place importante.

Dans les pays de l'Est, la Sécurité sociale n'est toujours pas considérée comme un « droit social » mais comme un « privilège ». Le financement est assuré par des moyens fiscaux. Un système d'assurance commence à poindre.

Aux États-Unis, les Américains n'ont pas de système de protection sociale tel que celui instauré en France. Des systèmes d'assurances privées couvrent les risquent liés à leur santé. Chaque salarié peut disposer d'un compte d'épargne santé individuel défiscalisé sur lequel l'entreprise qui l'emploie verse une somme. Ce compte est géré par une société d'assurance santé privée (MCO : Managed Care Organization). Cette société peut être cotée en bourse. Ce compte est financé à parité par le salarié et l'employeur. Les dépenses courantes et normales de santé sont financées par cette forme d'épargne, les dépenses de santé non indispensables sont payées par les Américains eux-mêmes en puisant soit sur ce compte soit sur leurs propres deniers, enfin les dépenses des maladies graves et imprévisibles sont couvertes par une assurance appelée « catastrophe ». Les personnes n'ayant pas d'employeur peuvent souscrire une assurance santé auprès d'un

…

…
assureur privé ou d'une MCO. Les dépenses médicales pour les personnes âgées de plus de 65 ans sont prises en charge par l'ensemble des Américains sous forme d'impôts dans le cadre du Medicare et des financements complémentaires assimilables aux MCO et compte épargne santé.

Entre 32 et 46 millions d'Américains selon les sources étaient jusqu'en 2009 sans couverture santé. L'insuffisance de revenus en est la cause première du fait du chômage ou d'une incapacité sur des fonds propres à s'assurer. Promesse électorale tenue, Barack Obama a réussi à faire adopter sa réforme malgré une très forte opposition.

La réforme du système de santé (Health Care For America Now!) voulue par Barack Obama[10] se résume en huit grands axes (aux réajustements près) :

- les compagnies d'assurance ne peuvent refuser leur garantie à une personne en raison de ses antécédents médicaux ;
- les dépenses laissées à la charge des assurés sont plafonnées. Ce plafond est exprimé sous forme d'un montant en dollars ou d'un pourcentage des frais relatifs aux soins. Les assurances ont obligation de respecter ce plafond et l'interdiction de proposer des contrats avec des franchises exorbitantes ;
- les examens et tests réguliers visant à la prévention de la maladie ou de son extension sont couverts dans leur intégralité par les assurances, sans surcoût pour les assurés. Le dépistage du cancer du sein et le diabète ainsi que ses complications en sont deux exemples ;
- la réduction par les assurances de la couverture des personnes gravement malades est interdite ;
- il est interdit aux assurances d'établir une discrimination entre les sexes qui conduirait à moduler leurs factures (voir paragraphe : Les déterminants de santé, chapitre 1) ;
- les assurances ne peuvent pas décider de plafonds annuels ou à vie sur la couverture allouée ;
- les enfants, jeunes adultes même après 26 ans pourront bénéficier de la couverture familiale. Ceci représente une extension de la garantie ;
- le renouvellement de l'assurance est obligatoire tant que l'assuré paie la totalité de sa prime, même si la personne est tombée malade.

Cependant, si les décideurs américains, par la voie démocratique, ont instauré des mesures contraignantes pour les assurances, elles ne constituent pas en soi une modification du système de santé. Elles visent à rendre accessible au plus grand nombre les soins.

L'impact de ces mesures reste à terme à évaluer. La même volonté sous une forme différente s'est concrétisée en France par la CMU. (Voir page 217).

10 http://www.whitehouse.gov/issues/health_care

S'ENTRAINER

VÉRIFIER SES CONNAISSANCES

1. Énoncer 3 raisons qui justifient l'augmentation des dépenses de santé.

2. Définir les termes suivants : économie, service, ménage, PIB.

3. Caractériser les 3 secteurs d'activité de l'économie.

4. Énoncer les 4 principes du budget de l'État.

5. Indiquer qui vote la Loi de finances et quel est son objectif premier.

6. Distinguer le déficit budgétaire de la dette publique.

7. Citer le nom des deux systèmes de santé apparus les premiers en Europe et indiquer les caractéristiques de chacun d'entre eux.

8. Énoncer les principales caractéristiques du système français.

9. Citer la date de création de la Sécurité sociale.

10. Énoncer les principes sur lesquels repose la Sécurité sociale.

11. Indiquer les modalités de financement de la Sécurité sociale.

12. Citer les branches de la Sécurité sociale et indiquer ce que prend en charge la branche maladie.

13. Énoncer les modalités de prises en charge.

14. Énoncer les deux droits fondamentaux de la CMU.

15. Énoncer les éléments qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale lors d'une hospitalisation (sauf cas particulier).

16. M^me^ Dubois est hospitalisée en médecine pendant 6 jours suite à une pneumopathie. En l'absence de mutuelle et sachant que le prix de journée est de 1 200 euros, que devra-t-elle payer ?

17. Énoncer les situations dans lesquelles l'hospitalisation est intégralement remboursée.

18. Énoncer les conditions et le montant de la prise en charge des soins infirmiers.

19. Indiquer les montants du financement des dépenses de santé par la Sécurité sociale et les ménages.

20. Décrypter le sigle EPRD.

21. Citer les deux grandes notions qui caractérisent l'EPRD et donner 2 exemples pour chacune d'elles.

22. Indiquer le pourcentage des dépenses de santé représentées par l'hospitalisation.

CORRIGÉS

VÉRIFIER SES CONNAISSANCES

1. L'évolution des dépenses de santé s'explique principalement par l'explosion des connaissances médicales et des possibilités thérapeutiques liées aux progrès scientifiques ou industriels, des prestations sanitaires et sociales généralisées et le vieillissement de la population.

2.

– L'économie est l'ensemble des activités d'une collectivité humaine relatives à la production, à la distribution et à la consommation des richesses ; c'est aussi l'étude des phénomènes de production, d'échange et de consommation de biens et de services dans une collectivité humaine donnée.

– Le service est une activité qui contribue à procurer aux individus ou à la collectivité une valeur d'usage sans passer par la vente d'un bien matériel. Les activités sanitaires appartiennent majoritairement au secteur tertiaire.

– Le ménage désigne une personne ou un ensemble de personnes partageant une même habitation et mettant en commun une partie de leurs revenus. Une famille constitue un ménage. Le ménage a deux rôles essentiels : il perçoit des revenus versés par les entreprises en contrepartie de son travail, il consomme grâce à ses revenus.

– Le Produit intérieur brut (PIB) est la valeur de tout ce qui est produit par un pays pendant une année, il représente donc une mesure de la richesse produite.

3.

– Le secteur primaire regroupe essentiellement les activités liées à la transformation du milieu naturel (l'agriculture, la pêche, les activités forestières) et les activités extractives (mines).

– Le secteur secondaire est celui où sont réunies les activités de transformation des matières en biens productifs (les machines-outils, par exemple) ou en bien de consommation.

– Le secteur tertiaire correspond à l'ensemble des activités produisant des services (banque, assurance, administration, transport, commerce, éducation, santé…).

4.

– L'annualité : les dépenses et les recettes sont prévisionnelles pour l'année à venir.

– L'unité : il n'existe qu'un document unique spécifiant ces recettes et ces dépenses.

– L'universalité : les recettes et les dépenses font respectivement l'objet d'une écriture précise sans que l'une soit spécifiquement affectée à l'autre.

– La spécialisation : les crédits sont affectés par chapitre.

5. La Loi de finances est proposée par le gouvernement. Elle est soumise à une autorisation par le parlement (réunion de l'Assemblée nationale et du Sénat). L'examen du projet et des propositions de la loi de finances par le parlement aboutit au vote de l'Ondam : Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie. Celui-ci correspond à la fixation des dépenses de santé :

– de la médecine de ville ;

– des établissements de santé soumis à la tarification à l'activité (médecine, chirurgie, obstétrique…) ;

– des établissements de santé non soumis à la tarification à l'activité (soins de suite et de réadaptation, psychiatrie) ;

– des établissements et services pour personnes âgées délégués à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

– des établissements et services pour personnes handicapées ;

– relatives aux autres modes de prises en charge (réseaux, addictologie…).

6. Le déficit budgétaire correspond à un solde négatif du budget de l'année alors que la dette correspond aux déficits cumulés des années antérieures déficitaires.

7. Le système bismarckien (modèle institué par le chancelier Bismarck) se caractérise par un financement semi-privé couplé à une aide de l'État. Dans le système béveridgien (du nom de Lord Beveridge, père du modèle britannique), les droits à une protection sociale de base sont universels et accordés à l'individu.

8. Les recettes proviennent principalement des employeurs et des assurés et reposent sur des cotisations obligatoires et une petite partie de l'aide de l'État (10 %) à partir du prélèvement sur l'impôt et de taxes diverses. L'adhésion au système d'Assurance Maladie est soumise à des conditions de montant de contribution et d'heures de travail effectives. Actuellement, 99 % de la population française est couverte par la Sécurité sociale, ce qui n'a pas été toujours le cas.

9. La Sécurité sociale a été créée par l'ordonnance du 19 octobre 1945.

10. Les deux principes sur lesquels repose la Sécurité sociale sont :

– l'assurance qui garantit à chaque individu des revenus suffisants pour lui-même et sa famille, quelles que soient les circonstances ;
– la solidarité qui permet une redistribution des revenus des plus favorisés vers les moins favorisés – la notion de favorisés ne s'exprimant pas ici uniquement selon un axe riches vers pauvres, mais aussi de célibataire vers les familles, et enfin des jeunes vers les vieux ; l'expression « solidarité intergénération » est employée.

11. Le financement de la Sécurité sociale est principalement assuré par des cotisations sociales assises sur le travail salarié. Les cotisations sociales sont des versements obligatoires effectués par les non-salariés, les employeurs et leurs salariés pour acquérir des droits à des prestations sociales. La Contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) a été mise en œuvre. Elle est due par les employeurs privés et publics redevables de la cotisation patronale d'Assurance Maladie. Son taux est de 0,3 %. L'autre source de financement provient de la fiscalité par les « impôts et taxes affectés » (Itaf) qui constituent une part croissante des ressources de la protection sociale. Les Itaf sont des ressources fiscales affectées au financement des prestations sociales ou au financement des dépenses spécifiques de certains régimes d'assurances sociales. On distingue :
– les transferts de ressources fiscales versés de manière permanente au régime des exploitants agricoles ;
– les impôts sur les produits (droits de consommation sur les alcools et le tabac, taxes sur les assurances automobiles, taxe sur les activités polluantes…) ;
– les impôts sur les salaires et la main d'œuvre ;
– les impôts sur le revenu et le patrimoine. Ces derniers constituent la part la plus importante des Itaf. La CSG, créée en 1991, est la principale ressource de ce type (64,8 % des impôts et taxes affectés en 2007). S'y ajoutent le prélèvement de 2 % sur les revenus des capitaux et des valeurs mobilières, et d'autres contributions plus mineures.

12. La Sécurité sociale comporte quatre branches : maladie, famille, vieillesse et accident du travail. En cas d'arrêt-maladie, l'Assurance Maladie octroie, quand la législation le prévoit, des indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant de continuer ou de reprendre le travail. L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain journalier de base et est majorée en fonction du nombre d'enfants à charge. L'Assurance Maladie prend en charge :
– les frais de médecine générale et spéciale ;
– les frais de soins et de prothèses dentaires ;
– les frais pharmaceutiques et d'appareillage ;
– les frais d'analyses et d'examens de laboratoire ;
– les frais d'hospitalisation et de traitement lourds dans les établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle ;
– les frais d'examen prénuptial ;
– les frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté ;
– les frais relatifs aux examens de dépistage effectué dans le cadre de programmes de santé publique ;
– les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, les frais de transport des malades dans des conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport.

13. Pour une prise en charge par l'Assurance Maladie, les soins et produits doivent remplir deux conditions :
– être dispensés par un établissement public ou privé autorisé ou un praticien ou personnel paramédical dûment habilité à exercer ;
– figurer dans la nomenclature des actes professionnels ou sur la liste des médicaments et produits remboursables.

14. Les deux droits fondamentaux de la CMU sont :
– un droit immédiat à l'Assurance Maladie pour toute personne en résidence stable et régulière sur le territoire, aussi bien métropolitain que dans les DOM ;
– un droit pour les plus défavorisés, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire gratuite, avec dispense d'avance des frais (tiers payant).

15. Ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale lors d'une hospitalisation (sauf cas particulier) :
– le montant du ticket modérateur, c'est-à-dire la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'Assurance Maladie (20 % des frais d'hospitalisation) ;
– le forfait journalier ;
– les éventuels suppléments pour confort personnel, comme une chambre individuelle, le téléphone, la télévision, etc. ;
– les dépassements d'honoraires médicaux.

16. M^me^ Dubois devra payer le ticket modérateur et le forfait hospitalier. Le montant à payer sera donc : 20 % de 1200 x 5 + (18 x 5) = (240 + 18) x 5 = 1 290 €.

17. Les frais d'hospitalisation sont intégralement remboursés dans les situations suivantes :
– hospitalisation de plus de 30 jours consécutifs (la prise en charge à 100 % débute alors le 31^e^ jour) ;
– hospitalisation pendant les 4 derniers mois de grossesse, pour l'accouchement, ou pendant 12 jours après ;

– hospitalisation du nouveau-né, pendant les 30 jours suivant la naissance ;
– hospitalisation en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
– hospitalisation en raison d'une affection de longue durée ;
– hospitalisation d'un enfant mineur, suite à des sévices sexuels ;
– perception d'une rente pour un accident du travail (avec un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66,66 %). Vos ayants droit bénéficient eux aussi de cette prise en charge à 100 % ;
– titulaires d'une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou veuve invalide, d'une pension vieillesse qui a remplacé une pension d'invalidité, ou d'une pension militaire ;
– bénéficiaires de la CMU ou de l'aide médicale de l'État.

18. En France, la prise en charge des soins infirmiers n'est possible que s'ils sont inscrits à la NGAP, et relèvent d'une prescription médicale. La prise en charge se décompose de la façon suivante :
– 60 % sont pris en charge par la Sécurité sociale ;
– 40 % représentent la part du ticket modérateur.

19. Les montants du financement des dépenses de santé sont de 77 % par la Sécurité sociale et 8,5 % par les ménages.

20. L'EPRD est l'État prévisionnel des recettes et des dépenses.

21. Deux grandes notions caractérisent l'EPRD : l'investissement et le fonctionnement. L'investissement correspond au développement du patrimoine il est représenté par : le remboursement des emprunts, les immobilisations... Le fonctionnement ou l'exploitation correspond :
– aux dépenses qui permettent le fonctionnement de la structure : la masse salariale est l'élément majeur, dépenses d'énergie, l'achat des médicaments, des consommables... ;
– aux recettes liées directement à l'activité : paiement des actes par la Sécurité sociale, forfait hospitalier, ticket modérateur payé par les usagers ou les mutuelles...

22. Le montant des dépenses de santé représentées par l'hospitalisation est d'environ 45 % (35 pour le secteur public et 10 pour le privé).

Bibliographie

TEXTES DE RÉFÉRENCE EN SANTÉ PUBLIQUE

Chartes de l'OMS : déclaration d'Alma-Ata, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (21 novembre 1986)/http://www.euro.who.int, Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (11 août 2005)./http://www.who.int/healthpromotion/conferences

Code de la santé publique : articles L. 3111-1 à L. 3111-11 ; articles R. 3111-1 à R. 3111-18 ; D. 3111-22 à D. 3111-26

Calendrier vaccinal 2009. BEH n° 16-17 du 20 avril 2009.

Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

La loi 2004-8006 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Article 51 de la loi du 21 juillet 2009, qui vise à étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé en les sortant du cadre expérimental

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (*HPST*).

OUVRAGES

Fassin D., *Faire de la santé publique* (2e édition révisée), Presses hosp, 2008.

Aïach P., Bon N., Deschamps J-P., *Comportements et santé : Questions pour la prévention,* Presses Universitaires de Nancy, 1992.

Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D. (dir.), *Traité de santé publique*, Flammarion Médecine-Sciences, 2e éd., 2007.

Bourdillon F. (dir.). *Traité de prévention*, Flammarion Médecine-Sciences, 2009.

L'état de santé de la population en France. Drees, rapport 2007 (objectifs 39 et 42).

Herzlich C.- *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale*, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

Institut Renaudot, *Pratiquer la santé communautaire, de l'intention à l'action*, éditions Chronique Sociale, 2001.

Kervasdoué J. de., *L'hôpital*, Presse Universitaires de France, 2004.

Grimaldi A., *L'hôpital malade de la rentabilité*, Fayard, 2009.

Direction générale de la Santé, Comité technique des vaccinations, *Guide vaccinations. Édition 2008*, INPES, coll. Varia, 2008.

Moreau J., Truchet D., *Droit de la santé publique*, Sirey-Dalloz, 2009.

Morelle A., Tabuteau D., *La santé publique*, Presse Universitaires de France, 2010.

7 Bibliographie

ARTICLES/REVUES

Moquet M.-J. Comment réduire les inégalités sociales de santé ? *La santé de l'homme* n° 397, 2008, p. 15-47. http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/397/02.htm

Bruchon-Schweitzer M. Concepts et modèles en psychologie de la santé. *Recherche en soins infirmiers* n° 67, décembre 2001, pp 4-39

Campion B. L'usage de la peur dans les documents de prévention : Repères méthodologiques. *Éducation du patient et Enjeux de santé*, Vol. 25, n° 2, 2007, pp 39-44

Gallopel K. Marketing social et prévention : La peur, utile ou toxique ? *La santé de l'homme*, n° 377, 2005, pp 45-47

Beraud, L'essor des maisons de santé, *L'infirmière magazine*, N° 283, p32-34, 2008.

La loi « hôpital, patient, santé et territoires », Actualités sociales hebdomadaires n° 2629, octobre 2009, *Le cahier juridique-politique économique et sociale* p 47 à 55.

La réforme de l'hôpital, La documentation française, *Regard sur L'actualité* n° 352, p 8-61, juin-juillet 2009.

Haut Conseil de la santé publique, *Actualité et Dossier en Santé publique*, revue trimestrielle.

La gazette santé social, revue mensuelle.

SITES INTERNET

Agence Régionale de Santé : www.ars.sante.fr

Association de patients : http://www.sanitaire-social.com/index.php

Assurance Maladie **:** http://www.assurancemaladie.sante.gouv.fr, www.ameli.fr

Banque de données en santé publique : http://www.bdsp.ehesp.fr

Le collectif inter-associatif sur la santé (le CISS) : www.leciss.org

Comité Régional d'Education pour la Santé présent dans chaque région : (pour Paris : CRESIF 75) : http://www.cresif.org

Commission européenne, Rusch E. (coord.) *Glossaire européen en santé publique.* En ligne : http://www.bdsp.ehesp.fr/Glossaire

École des hautes études en santé publique : www.ehesp.fr

Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) http://finess.sante

Glossaire utilitaire en éducation pour la santé. Dijon : DRASS de Bourgogne, 2005 : http://www.bourgogne.jeunesse-sports.gouv.fr/download/sport_sante

Haute Autorité de santé (Has) : http//www.has-sante.gouv

Hospitalisation privée : www.hopital.fr

Institut National de Prévention et Éducation à la Santé : http://www.inpes.sante.fr www.inpes.sante.fr/barometresante

Institut Renaudot, association de promotion de la santé communautaire : *renaudot. free. fr*

Ministère de la santé : www.sante.gouv.fr et www.sante-sports.gouv.fr

OMS : www.who.int

Portail des agences sanitaires : http://www.sante.fr et http//ww. invs. santé. gouv

www.preventionroutiere.asso.fr/

réseau sentinelle : http : websenti. u707.jussieu. fr

SFSP (Société française de santé publique) : http://www.sfsp.info

Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES) : http://www.iuhpe.org

Elsevier Masson S.A.S
62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex
Dépôt Légal : octobre 2010

Mise en page : Nord Compo

Achevé d'imprimer par TRENTO
en septembre 2010
Imprimé en Italie

471201-(I)-7-CDM-100